

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC**

**THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE**

**PAR  
MARLENE BAKER**

**REPRÉSENTATIONS DES SAGES-FEMMES QUÉBÉCOISES  
DE LEUR PRATIQUE ENVERS LES PÈRES**

**NOVEMBRE 2007**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

*A mes parents, Yolande et Gilles qui m'ont donné le goût des défis*

*À vous, Anthony, Alexandre et Roxane, Ariane et François et Raphaëlle et enfin, Aurélie*

*À mon Carl, simplement ...*

*Merci pour votre amour et votre patience, cette liberté accordée pour travailler le soir, la fin de semaine, des jours entiers quoi, en retrait !!*

### *Sommaire*

La présente étude s'inscrit dans une perspective psychosociale en regard de la pratique des sages-femmes québécoises et, plus particulièrement, sous l'angle des représentations que se font ces professionnelles de leurs actions envers les pères. Dans un premier temps, la pratique des sages-femmes est campée dans le contexte des services de périnatalité qui prévaut actuellement au Québec et notamment en lien avec le projet de politique de périnatalité que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite promulguer en 2007. Dans un deuxième temps, une description détaillée de cette pratique au Québec est faite et l'intérêt de la recherche pour cette « nouvelle » profession est démontré. Les préoccupations de la présente étude se situent sur le plan de l'analyse de la pratique des sages-femmes afin de décrire les principes de soutien psychosocial utilisés pour baliser le rôle qu'elles jouent dans leur rapport aux pères qui attendent un enfant. La question générale de recherche est : comment ces professionnelles organisent-elles le rapport aux pères qu'elles rencontrent ? Deux articles constituent le cœur de cette thèse. Le premier article, intitulé « *Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale* », repose sur une recension et une analyse de la documentation pertinente. Il fait le point sur les connaissances actuelles portant sur la manière dont les sages-femmes organisent mentalement leur rapport aux pères qu'elles côtoient, sur la manière dont elles tentent de s'inscrire dans le développement psychologique et social de ces derniers et, enfin, sur les principes qui guident leur pratique professionnelle envers ceux-ci. Le second article tente de répondre à une question plus spécifique : comment les sages-femmes québécoises se représentent-elles leur pratique à l'égard des pères ? Il

s'intitule « *Lieux de rencontre entre la sage-femme et le père : des espaces co-construits* » et fait état d'une chorégraphie qui s'installe en termes d'espaces autour du père, du couple et de la dyade mère-enfant. Une description de cette pratique à partir de l'analyse thématique de 23 entretiens avec des sages-femmes nous permet d'initier une démarche de conceptualisation de la pratique des sages-femmes envers les pères, cohérente avec les principes généraux qui animent cette profession. De ce modèle, on peut postuler cinq constats permettant de mieux conceptualiser la pratique des sages-femmes : (1) la sage-femme est un instrument privilégié dans l'établissement et le maintien de la relation avec le père, (2) le père est partenaire dans l'atteinte d'objectifs partagés et communs, (3) il existe un triangle sage-femme/père/mère, (4) le père en tant qu'entité unique se distingue de la mère, (5) l'espace d'accouchement est construit par la dyade père-mère. Ainsi, nos résultats montrent que les sages-femmes définissent explicitement leur pratique comme étant centrée sur la mère. Toutefois, cette centration sur la mère s'avère inclusive : pour la sage-femme, évoquer la mère, c'est aussi nécessairement évoquer son entourage immédiat. Le père fait donc tacitement l'objet des mêmes formes de préoccupations psychosociales que la mère.

## Table des matières

SOMMAIRE .....	iii
REMERCIEMENTS.....	vii
AVANT-PROPOS.....	viii
CHAPITRE I	
Problématique .....	2
<i>Le contexte de l'organisation des services en périnatalité au Québec.....</i>	<i>2</i>
<i>La sage-femme au Québec .....</i>	<i>7</i>
<i>La pratique des sages-femmes .....</i>	<i>10</i>
<i>Modélisation de la pratique des sages-femmes .....</i>	<i>15</i>
<i>Les pères et la périnatalité .....</i>	<i>23</i>
Questions et objectifs de recherche .....	24
CHAPITRE II	
Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale .....	29
<i>Introduction à la pratique sage-femme au Québec .....</i>	<i>33</i>
<i>Le soutien aux parents : modèles conceptuels de la pratique         de la sage-femme .....</i>	<i>39</i>
<i>L'expérience paternelle lors de la période périnatale .....</i>	<i>45</i>
<i>Besoins des pères et pratique de la sage-femme .....</i>	<i>52</i>
<i>Conclusion .....</i>	<i>56</i>
<i>Références .....</i>	<i>59</i>

## CHAPITRE III

Lieux de rencontre entre la sage-femme et le père : des espaces co-construits...	66
<i>Introduction</i> .....	67
<i>Méthode</i> .....	71
<i>Résultats</i> .....	76
<i>Discussion</i> .....	87
<i>Conclusion</i> .....	90
<i>Références</i> .....	92

## CHAPITRE IV

Discussion générale .....	95
<i>Limite de l'étude</i> .....	108
<i>Retombées</i> .....	109
Conclusion .....	113

RÉFÉRENCES .....	117
------------------	-----

## APPENDICES

A- Définition internationale de la sage-femme .....	130
B- Mise à jour des orientations du projet de Politique de périnatalité .....	132
C- Les maisons de naissance .....	134
D- Dépliant du MSSS sur les services de sages-femmes .....	136
E- Philosophie des sages-femmes telle que présentée par l'Ordre des sages-femmes du Québec .....	140
F- Normes de publication .....	143
G- Lettre d'acceptation du comité d'éthique .....	154
H- Formulaire de consentement pour les sages-femmes .....	157
I- Formulaire de renseignements généraux .....	164
J- Guide d'entretien pour les sages-femmes .....	167

### *Remerciements*

Voilà le résultat d'un travail passionnant ! Ma gratitude va tout d'abord aux sages-femmes des maisons de naissance qui ont accepté de me raconter leur histoire avec les pères, les mères et les familles. Elles ont su partager avec simplicité et chaleur leur expérience de vie et leur expertise lors des entretiens. Un merci tout particulier à Huguette Boilard, sage-femme, qui tout au long de ce travail doctoral a su écouter et enrichir ma réflexion par son expérience auprès des familles.

Une telle aventure ne se fait pas sans guide ni direction. Merci à Francine de Montigny, professeure au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, pour son soutien indéfectible, ses encouragements et ses petites douceurs qui font de ce travail un plaisir et non une corvée. Merci à Jean-Marie Miron, professeur au département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité et sa façon d'aborder le monde de la recherche avec tant de simplicité et d'originalité. Ce fut une belle traversée qui, espérons-le, mettra le cap sur des collaborations enrichissantes ...

Un grand merci à mes amies les religieuses de la Maison Béthanie, pour leurs prières et leur accueil chaleureux lors de mes retraites. Un merci particulier aux religieuses du Jardin de l'Enfance pour leur accueil de dernière heure !

Un merci spécial au *Café Morgan* pour son ambiance lors de mes belles soirées à effectuer mon travail de réflexion !



*« Patience, patience, patience dans l'azur.  
Chaque atome de silence est la chance d'un fruit mur »*  
Céline Lemay, Sage-femme, 1998

### *Avant-propos*

Une mise en contexte s'impose avant de se lancer dans l'exploration des mots, des idées, des concepts et des modèles conceptuels de la pratique des sages-femmes et de la présence des pères pour celles-ci et, vice versa, de la présence de la sage-femme dans la vie des pères. Cet avant-propos se veut une description de ma position de chercheuse face à cette étude, mais avant tout, il sert à raconter les racines de mon intérêt pour la pratique des sages-femmes et ma passion pour les familles.

La vie de couple et le désir d'enfant partagé nous ont portés, mon conjoint et moi, jusqu'aux sages-femmes il y a de cela vingt-trois ans. L'accueil de Danielle, notre sage-femme, le suivi de grossesse, sa présence à l'accouchement, son soutien dans nos pas hésitants de parents lors de la venue de notre premier enfant ont été le prélude à la venue de trois autres petits en complicité avec une sage-femme de plus, Huguette. La compréhension de la part d'Huguette de notre vie de famille, de nos vécus de mère et de père a permis, dans une certaine mesure, que notre famille se déploie au fil des années. Notre fille Ariane et son François viennent tout juste de vivre cette expérience de donner la vie et d'accueillir une toute petite fille dans ce monde. Cette expérience, ils ont voulu à leur tour la partager avec des sages-femmes dans leur milieu de vie ...

Dans ce parcours, les sages-femmes que nous avons côtoyées ont toujours été cette étincelle qui reconnaît nos compétences à mettre au monde nos enfants et à prendre

soin d'eux et nous permet de cheminer dans les sentiers de nos vies de parents. De là est partie mon implication communautaire auprès des familles pendant plus de vingt ans, ma proximité personnelle et professionnelle avec la communauté des sages-femmes québécoises de la première heure et des accompagnantes de la naissance, les rendez-vous avec le bénévolat et, aujourd'hui, mon accompagnement à celles qui seront les sages-femmes de demain. Ma formation de psychologue a grandement soutenu le déploiement de ces activités auprès des familles et des communautés locales sur mon territoire.

Ma posture de chercheuse n'est donc pas neutre face à la pratique des sages-femmes. Ce qui a donné du sens à toute cette analyse de la pratique est justement ma connaissance de l'intérieur, mes allées et retours entre mes contractions, mes conceptions, mes idées et, enfin, une réflexion guidée par mes co-directeurs de thèse, Jean-Marie et Francine. Ces derniers ont fait acte de vigiles, me permettant de me distancer, de critiquer et de comprendre la pratique des sages-femmes afin d'élaborer une pensée réflexive. J'ai pu mettre des mots (et des maux !) autour de ce travail intellectuel exigeant, nourrissant ainsi ma passion pour les familles et mon grand respect pour les sages-femmes en général et en particulier, pour celles qui ont participé concrètement à ma vie. Et pourquoi les pères ... parce que j'ai été indéniablement entourée par mon conjoint et père de mes enfants, mon compagnon de vie, mon amoureux ! Et parce qu'il a pris le temps de s'approcher de ma vie de femme et de mère et qu'il s'est intéressé à l'expérience des femmes qui portent et mettent au monde un enfant, il a pavé le chemin de cet intérêt pour l'expérience des pères.

Avril 2007, Maison Béthanie

## *Chapitre I*

D'entrée de jeu, il s'avère important de situer le contexte de la périnatalité au Québec en regard des objectifs poursuivis par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) par l'intermédiaire d'une politique de périnatalité au Québec. Cette section permet dans un premier temps de situer la pratique des sages-femmes à l'intérieur de cette politique de périnatalité. Les parties suivantes positionnent la problématique abordée et notre intérêt à poser un regard sur la pratique des sages-femmes québécoises à l'égard des pères. Afin de situer le terme « sage-femme », l'Appendice A présente la définition internationale de la sage-femme.

## Problématique

### *Le contexte de l'organisation des services en périnatalité au Québec*

Une première politique de périnatalité voit le jour en 1973 et cible comme objectif principal de réduire la mortalité maternelle et périnatale ainsi que la morbidité périnatale. Son adoption s'inscrit alors dans un contexte marqué par les progrès de la médecine et où différentes interventions sont généralisées à l'ensemble des mères qui accouchent. Citons, entre autres, des interventions comme le rasage, le lavement, le monitoring fœtal ou encore la position couchée pour la mère lors de la naissance. La présence du père ou d'une personne significative est peu encouragée, voir même dérangeante; la mère et le

nouveau-né sont séparés, la cohabitation mère-enfant n'existe pas et peu de soutien à l'allaitement semble présent.

Une seconde politique de périnatalité (*Protéger la naissance, soutenir les parents : un engagement collectif*), datant de 1993, mise sur la valorisation des parents, sur la réduction des inégalités sociales émanant d'un contexte de pauvreté ce qui a un impact sur la santé et le bien-être des personnes. Dans cette perspective, le contexte socio-économique entourant la grossesse et la première année de vie de l'enfant devient une cible déterminante permettant la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de différentes problématiques telles l'insuffisance de poids à la naissance, la prématurité et les anomalies congénitales. Cette politique qui vise la morbidité périnatale, l'adaptation parentale et les principaux facteurs déterminants de la santé présentait ce qui à l'époque était « une vision nouvelle des façons d'intervenir en vue d'atteindre d'ambitieux objectifs de santé et de bien-être auprès des femmes enceintes, des mères, des pères et des enfants » (MSSS, 1993, 2003).

Le MSSS a entrepris récemment une réforme de cette politique 10 ans après sa publication. Cette mise à jour s'inscrit dans des valeurs liées à l'humanisation, l'éthique et la sécurisation (Association pour la Santé publique du Québec, 2004). Celle-ci est apparue nécessaire en raison des changements démographiques et technologiques, mais aussi en raison des modifications quant à l'organisation des services en place et, notamment en ce qui a trait à l'intégration des services de sages-femmes. Le projet de politique de périnatalité au Québec (MSSS, 2006) soulève donc de nombreux défis, particulièrement pour le développement, le déploiement et la consolidation des services

de sages-femmes. C'est donc dire que ces services ont à être évalués, notamment en fonction de leur organisation et de leur accessibilité pour les familles. En arrière-plan de ces préoccupations ministérielles, il faut toutefois souligner, premièrement, que plusieurs études (Biro, Waldenström, & Pannifex, 2000; Bodner-Adler, 2004; Jackson et al. 2003; Janssen et al. 2002; Johnson & Daviss, 2005; Oakley et al. 1995; Spurgeon, Hicks, & Barwell, 2001) ont démontré que la pratique des sages-femmes est sécuritaire et efficace pour la gestion des naissances à faible risque, et ce, dans les trois lieux de naissance prévus par la Loi sur les sages-femmes (domicile, maison de naissance et centre hospitalier); deuxièmement, que ces services de sages-femmes sont efficaces (David, von Schwarzenfeld, Dimer, & Kentenich, 1999; Homer, Davis, Cooke, & Barclay, 2002; Jackson et al. 2003; Johnson & Daviss, 2005; MSSS, 1997) et, troisièmement, que les mères démontrent une grande satisfaction à l'égard de la continuité des soins et des résultats cliniques obtenus (De Koninck, Blais, Joubert, Gagnon, & L'Équipe d'évaluation des projets pilotes sages-femmes, 2001; Hodnett, 2000, 2002, 2003; Homer, Davis, Cooke, & Barclay, 2002).

Par ailleurs, ce projet de politique de périnatalité propose différentes orientations spécifiques qui sont importantes à considérer dans l'élaboration et le déploiement des services de sages-femmes (voir Appendice B pour une description schématique de ces orientations de nature organisationnelle et fonctionnelle). Le document ministériel mentionne notamment « l'effet sage-femme » (MSSS, 2006). Cet effet est décrit en termes de transformation souhaitée dans la nature des services périnataux offerts en milieu hospitalier, s'inspirant d'une approche physiologique et globale comme celle qui

caractérise la pratique des sages-femmes. Pour le MSSS, il s'agit donc, au cours de la prochaine décennie, de promouvoir le développement d'une approche moins interventionniste et qui reconnaît davantage les compétences des parents, la pratique des sages-femmes étant considérée à ce titre comme un modèle.

Un des objectifs ciblés par le nouveau projet de politique est que, d'ici 10 ans, 10 % des suivis périnataux soient réalisés par des sages-femmes. Notons que le taux de naissances assistées par celles-ci est passé de 0,4 % à 1,5 % pour la période de 1993 à 2004 soit une augmentation de 375 % naissances vivantes (MSSS, 2005). Même si cette croissance est substantielle, il faut cependant noter que l'immense majorité (98,5 %) des accouchements est encore assistée par des médecins. La culture périnatale au Québec est encore fortement médicalisée. Afin de poursuivre ses objectifs, le MSSS propose, entre autres, la mise en place de 21 maisons de naissance réparties sur le territoire québécois afin de répondre à la demande des familles (MSSS, 2006), ce qui signifie 13 maisons de naissance qui s'ajouteraient aux 8 déjà opérationnelles (voir Appendice C). Il est intéressant de souligner que, dans la version du projet de politique d'avril 2006, le MSSS ne fait jamais référence aux accouchements à domicile. Il annonce toutefois l'objectif que la moitié des services de sages-femmes soit offert spécifiquement en milieu hospitalier. Il est donc possible de constater que l'intégration des services de sages-femmes au système de soins périnataux s'appuie résolument sur l'inclusion de ces dernières dans des lieux de pratique où elles seront en minorité face aux décisions institutionnelles qui encadreront leur pratique. Par ailleurs, il faut noter que l'accueil des mères et des pères qui attendent un enfant en centre hospitalier pose des défis autrement plus complexes que dans une

maison de naissance ou à domicile, en termes par exemple, d'environnement physique, de continuité relationnelle, de protocole de soins.

Un récent sondage réalisé pour le compte du MSSS montre que, en 2005, une québécoise sur dix en âge de procréer opterait pour un suivi complet avec une sage-femme et que 99 % de ces répondantes rapportent que leur conjoint serait en accord avec leur choix (SOM, 2005). À notre connaissance, il n'existe aucun autre résultat portant sur la participation des pères aux services offerts par les sages-femmes. De façon générale, la place des pères dans les services périnataux au Québec semble se caractériser par son « invisibilité empirique ».

Dans ce contexte de peu de données empiriques (Ménard, 1999; de Montigny, 1991) portant sur la participation des pères dans les services périnataux, il est fort intéressant d'observer, à l'intérieur du projet de politique (MSSS, 2006), la place accordée au père. Une lecture attentive permet de révéler que le père est peu évoqué explicitement dans ce document. Cependant, le texte réfère à plusieurs occasions aux parents plutôt qu'à la mère seule, un peu comme s'il était difficile de penser au père de manière spécifique, sans constamment l'intégrer, lui et ses besoins, dans le creuset réservé à la mère. Et pourtant, replacé dans le contexte global des sociétés occidentales, le père fait l'objet d'une attention scientifique soutenue, et ce, depuis les trente dernières années (Lacharité, 2004).

Il s'avère opportun de développer, dans ce champ disciplinaire qu'est la pratique des sages-femmes au Québec, une culture de la recherche notamment afin de définir les paramètres de la pratique québécoise, sa spécificité et ses impacts sur les familles



permettant ainsi de la situer en perspective d'un discours médical prédominant. Quelques travaux commencent à poindre et la présente étude s'inscrit dans ces efforts en apportant notamment une contribution à l'avancement des connaissances sur les aspects psychosociaux liés à la pratique des sages-femmes et en tenant compte de l'importance croissante accordée aux pratiques professionnelles. Enfin, les souhaits que cette prochaine politique de périnatalité véhicule à l'égard du rôle dévolu aux sages-femmes suscitent également un intérêt pour le développement de la recherche.

Il est primordial de situer maintenant la pratique sage-femme dans un continuum historique afin de saisir sa particularité et son évolution.

### *La sage-femme au Québec*

Au Québec, les sages-femmes font partie d'une tradition d'entraide entre femmes où les savoirs se sont souvent transmis de mère en fille, de village en village (Ehrenreich & English, 1976). Elles ont été présentes au cœur des familles, gardiennes de la naissance en dépit d'une absence de reconnaissance de leur pratique par le monde médical. Ces sages-femmes ont tout de même continué de pratiquer malgré cet obstacle institutionnel (Laforce, 1986), bien que n'ayant pas été invitées, contrairement à plusieurs pays d'Europe, à intégrer les rangs des professionnels reconnus de la santé.

Ce sont les mouvements sociaux des années '70, comme le féminisme et le mouvement pour la santé des femmes (Myers-Ciecko, 1991; Saillant, Desjardins, & O'Neil, 1986), le phénomène de l'accouchement à la maison où des femmes ont

commencé à aider celles qui avaient décidé d'accoucher chez elles (Lemay, 1998) et les revendications pour l'humanisation des naissances des années '80 (Brabant, 2001; MSSS, 1997), qui ont porté les sages-femmes dans le discours public. Ce n'est qu'en 1993 que le Ministère de la Santé et des Services sociaux accrédite (suite à des examens standardisés) les sages-femmes pionnières et leur reconnaît un droit de pratique à l'intérieur des projets pilotes qu'étaient les « maisons de naissance ». Ces projets prennent racine de 1993 à 1998 (MSSS, 1997). Il faut noter que cette reconnaissance « provisoire » des sages-femmes est concomitante avec la seconde politique de périnatalité, celle de 1993.

Les projets pilotes des maisons de naissance ont permis une évaluation de la pratique des sages-femmes (MSSS, 1997). Les constats alors dégagés ont porté sur l'intégration de la pratique des sages-femmes à l'intérieur du système de santé, sur les caractéristiques des femmes ayant bénéficié des services et sur les caractéristiques des soins reçus dans ce contexte. Sur le plan des résultats cliniques pour les mères et les nouveau-nés, les résultats ont été concluants. Toutefois, cette évaluation a permis de mettre en perspective certaines contraintes quant à l'intégration des sages-femmes notamment la réticence des médecins à collaborer avec elles (MSSS, 1997). L'expérimentation des projets pilotes a permis une reconnaissance officielle de la pratique des sages-femmes et une légalisation de cette profession.

Quoique récente sous sa forme légalisée (depuis 1999) et chapeautée par une formation universitaire tout aussi jeune (mise en place en 1999), la pratique des sages-femmes au Québec s'appuie tout de même sur une longue expérience de la naissance et sur un vaste répertoire de savoirs accumulés par les sages-femmes d'ici et d'ailleurs dans

le monde. Ce parcours de la sage-femme a indéniablement marqué son champ de pratique, ses valeurs et sa philosophie. La pratique des sages-femmes au Québec semble faire l'objet d'intérêt de la part d'autres pays, et ce, en raison de la nature de l'organisation de ces services dans l'expérience québécoise. Le développement de la pratique des sages-femmes au Québec se situe en fait en synchronie avec un questionnement de la profession sur le plan international, il ne s'agit donc pas d'un champ de pratique obsolète et marginal comme nous le verrons au deuxième chapitre.

Les maisons de naissance (qui résultent des projets pilotes) sont intimement liées à l'histoire récente de la profession sage-femme au Québec. Leur structure et leur encadrement par les sages-femmes tentent de reproduire un contexte chaleureux et convivial, le confort douillet du foyer, l'accueil de « sa » maison<sup>1</sup>. Il faut noter que celles-ci ont été mises sur pied, dans le contexte québécois, pour être davantage une alternative au domicile qu'une alternative au centre hospitalier. Cette situation tend cependant à évoluer en même temps que s'étendent le nombre et la diversité des femmes et des hommes intéressés à recevoir les services d'une sage-femme. Actuellement, huit maisons de naissance sont dispersées dans sept régions du Québec et l'Ordre des sages-femmes du

---

<sup>1</sup> Le MSSS (2003) en fait la promotion : (...) une maison qui ressemble à chez soi, un lieu à dimension humaine où un maximum de 350 femmes donne naissance chaque année. C'est un endroit chaleureux, qui devient vite familial, et où les proches de la femme enceinte sont bienvenus. S'y rendant fréquemment pendant la grossesse, celle-ci connaît chaque sage-femme, rencontre d'autres femmes et des couples qui, comme elle, se préparent à la venue de leur bébé. Tout au long du suivi, la femme enceinte et sa famille bénéficient, au besoin, des autres services offerts par le CLSC. Elle peut aussi utiliser les ressources de la région s'adressant aux femmes enceintes et aux familles. Il peut arriver, même si la plupart des accouchements se déroulent normalement, que le travail s'arrête ou qu'un problème surgisse. Tout a été prévu à la maison de naissance pour pallier ces difficultés (formation des sages-femmes, équipement médical, consultation avec un médecin, ententes en cas d'urgence). Et si un transfert en centre hospitalier s'avère nécessaire, la sage-femme y accompagne sa cliente.

Québec comptait pour 2007 58 sages-femmes<sup>2</sup>. Les sages-femmes ont un lien d'emploi avec un centre de santé et de services sociaux (CSSS), lequel offre les services de sages-femmes dans le cadre d'une maison de naissance. Ces services sont couverts par le régime d'assurance maladie du Québec (voir Appendice D).

Actuellement, la formation universitaire s'échelonne sur quatre ans, reposant sur un baccalauréat de 130 crédits. L'accès à ce programme se fait par entrée directe contrairement à certains pays où la formation en sciences infirmières est un préalable à la formation de sage-femme.

### *La pratique des sages-femmes*

La pratique des sages-femmes met en relation évidente les sages-femmes et la mère comme en témoignent de nombreuses études au plan international. Toutefois, le rapport entre les sages-femmes et les pères est beaucoup moins explicité conséquemment moins ciblé par les études et pourtant, la dimension paternelle fait l'objet d'étude depuis les 30 dernières années.

Un examen de la documentattion permet de constater que le discours, plus professionnel que scientifique dans le champ de la pratique des sages-femmes, même s'il met en évidence l'importance de considérer le père, demeure vague et imprécis sur la nature du rapport entre ce dernier et la sage-femme. Au Québec, quelques recherches ont

---

<sup>2</sup> OSFQ : 58 sages-femmes membres actives, 7 sages-femmes détiennent un permis restrictif, 2 sages-femmes ne sont pas actives dans une maison de naissance, pour un total de 67 sages-femmes détenant un permis de pratique. Données récupérées sur le site de l'OSFQ, le 13 avril 2007.

comme objet d'étude les sages-femmes, mais elles ont abordé le sujet sous différents angles excluant le père. Tout en n'étant pas exhaustive, notre recension a tout de même relevé quelques études afin de caractériser la recherche dans ce domaine au Québec. Certaines études se sont penchées sur les aspects légaux et législatifs de la profession (Bolduc, 1995; Cornellier, 1993), sur les enjeux soulevés par le débat entre médecins et sages-femmes (Desjardins, 1993), sur le point de vue sociopolitique de la situation des sages-femmes (Bardy, 1988), sur le savoir de sages-femmes (Tremblay, 1983), sur la sage-femme en tant qu'éducatrice (Martin, 2002), sur l'accouchement à la maison au Québec (Lemay, 1998; Saillant, Desjardins, & O'Neill, 1986) et l'expérience des femmes lors d'accouchements en maison de naissance (Lachapelle, 2005). Enfin, certaines études donnent des repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement (Saillant & O'Neill, 1987) tandis que d'autres travaux touchent la perception de la formation à la pratique des sages-femmes (Laforest, Vincent, & Deshaies, 2002; Laforest, Vincent, & Robert, 2004).

Au plan international, la recension, quant au champ de pratique des sages-femmes, a été plus productive. Dans un premier temps, les recherches ciblaient principalement la santé et le taux de risque des usagères des services de sages-femmes (Thompson, 1986). Les résultats de la pratique des sages-femmes sont alors mesurés par le taux de morbidité et mortalité maternelle et infantile (Kennedy, Shannon, Chuahorm, & Kravetz, 2004). Plusieurs recherches ont documenté, avec les années, cet aspect de la pratique (Deelerq, 1995; Doobie, Hart, Fordyce, & Roseblatt, 1994; MacDorman, & Singh, 1998; Rook, Weatherby, Ernst, Stapleton, Rosen, & Rosenfield, 1989). Ces

études, qui ont grandement enrichi les connaissances sur la pratique des sages-femmes, ont démontré que les sages-femmes œuvrent auprès de femmes à faible risque, que le profil sociodémographique de ces dernières varie selon les lieux d'accouchement et que de bons résultats dépendent de la qualité de la pratique des sages-femmes et non du degré de risque obstétrical de la mère. Majoritairement, ces études sont de type quantitatif.

Raisler (2000), dans une recension exhaustive des recherches faites aux États-Unis sur une période de 15 ans (1984-1998), répertorie 161 articles sur les caractéristiques des soins offerts par les sages-femmes. Il est intéressant de noter que 60 % des principaux auteurs des articles sont des sages-femmes. Raisler (2000) identifie les mêmes thèmes que la recension de Thompson (1986) en y ajoutant des problématiques nouvelles qui reflètent la pratique des sages-femmes de ces dernières années. Les études ont abordé six thèmes : (1) la gestion des soins par les sages-femmes, (2) la structure des soins, (3) la pratique des sages-femmes, (4) la comparaison entre sages-femmes et médecins, (5) les lieux de naissance, (6) les soins pour les populations vulnérables. Raisler conclut sur le besoin de créer une programmation de recherche autant intra disciplinaire qu'une collaboration interdisciplinaire. Il nous semble que des champs de pratique telle la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, l'éducation peuvent notamment enrichir cette perspective.

Plusieurs études ont mis au centre de leurs préoccupations l'expérience et le vécu des femmes suivies par les sages-femmes (Bluff & Holloway, 1994; Frazer, 1999; Hall & Holloway, 1998; Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996a, 1996b; Hodnett, 2000, 2003; Kennedy, 1995, 2000; Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999; Lundgren, Berg,

Hermansson, & Wahlberg, 1996; Walker, Hall, & Thomas, 1995; Walsh, 1999). Ces travaux portent sur des constats de valeur que les femmes accordent à leur expérience de la naissance:

- les sages-femmes croient que les femmes peuvent conduire leur accouchement plutôt qu'être aux dépens des autres personnes;
- les femmes choisissent une sage-femme parce qu'elles croient qu'un accouchement est un événement normal et naturel;
- les femmes sont déterminées et autonomes;
- les femmes et leur partenaire ont une contribution importante dans le fait que l'expérience de la naissance soit une expérience enrichissante.

Les études menées par des sages-femmes ont aussi examiné les effets de la pratique des sages-femmes (Harvey, Jarrell, Brant, Stainton, & Rach, 1996; MacDoman & Singh, 1998; Oakley et al. 1995). Ces études démontrent que la pratique de sage-femme est sécuritaire, qu'elle a des effets positifs sur la santé de la mère et de l'enfant et qu'elle est moins interventionniste que la pratique médicale. Certaines études se sont penchées sur les lieux de naissance pour les comparer, notamment sous l'angle du risque maternel ou néonatal. La comparaison se fait également entre les centres de maternité (birth centers), les milieux hospitaliers et le domicile (Janssen, Holt, & Myers, 1994; Janssen et al. 2002; Viossat & Pons, 2001; Wiegers, Keirse, van der Zee, & Berghs, 1996). Les résultats démontrent que l'accouchement à domicile est aussi sécuritaire que l'accouchement en milieu hospitalier (Olsen, 1997). De plus, les femmes dont la

grossesse est à faible risque ayant accouché à l'hôpital sont plus susceptibles de recevoir des soins de type interventionniste sans qu'il en résulte des avantages pour elles ou le bébé (Fullerton & Severino 1992). L'étude de Fraser, Hatem-Asmar, Krauss, Maillard, Bréart et Blais (2000) démontre que la pratique des sages-femmes est aussi sécuritaire en maison de naissance qu'en milieu hospitalier au Québec.

Dans cette optique, les recommandations de l'étude de Raisler (2000) sont (1) d'orienter les recherches futures vers la recherche interprétative et des méthodes mixtes, (2) de mettre l'accent davantage sur les interactions entre les femmes et les sages-femmes, et (3) d'évaluer la qualité des soins offerts par les sages-femmes en considérant l'aspect non-interventionniste, le soutien émotif et « l'empowerment » chez les femmes. Sous un autre angle, Kennedy et Lowe (2001) suggèrent comme objet de recherche le besoin de décrire la pratique des sages-femmes en la différenciant du modèle médical et soulignent l'intérêt pour la profession de continuer d'étudier les processus et les résultats du modèle de pratique des sages-femmes. Lemay (2004) mentionne que les études sur les sages-femmes ont été historiques, anthropologiques, sociologiques et théoriques (Ehrenreich & English, 1982; Hagell, 1989; Kennedy, 2000; Kennedy, Rousseau, & Low 2003; Kennedy, Shannon, Chuahorm, & Kravetz, 2004; Kitzinger, 1991; Marland & Rafferty, 1997; Michaelson, 1988; Murphy-Lawless, 1998; Rothman, 1989; Turkel, 1995) allant de la mesure des résultats de la pratique à un début d'une théorisation. Toutefois, celle-ci souligne que très peu de travaux se sont penchés sur la compréhension du vécu des sages-femmes de l'intérieur.



Il est adéquat de noter que ces études, quoique fort pertinentes et diversifiées, n'abordent pas, comme préoccupation, la présence du père dans le processus périnatal.

Notre étude se situe donc sur une trajectoire qui cible les interactions des sages-femmes avec les pères et le soutien offert par celle-ci et rejoint une préoccupation de compréhension de la pratique de l'intérieur (Lemay, 2004). Le caractère novateur de notre étude est de reconnaître explicitement le père comme objet de préoccupations dans la relation de la sage-femme avec la famille de la mère sur laquelle les soins sont centrés.

### *Modélisation de la pratique des sages-femmes*

Notre compréhension du développement de la pratique des sages-femmes au Québec s'appuie sur le fait que la philosophie sage-femme au Québec s'est co-construite avec les parents à partir des expériences mêmes des femmes, des pères et des familles, et des expériences de ces mêmes sages-femmes : « *la grande différence avec ailleurs et ici est que la philosophie du Québec vient de la base, soit les parents, et non de la recherche ou de grands penseurs* » (extrait d'un entretien). La pratique des sages-femmes s'est bâtie à travers les histoires des femmes et des familles qui les ont accompagnés ainsi que du discours des sages-femmes pionnières. Ces dernières ont posé les premiers jalons d'une philosophie sage-femme au Québec et ont décrit les principes directeurs de la pratique : « *... notre philosophie de pratique est le résultat de plusieurs années de discussions et de rencontres en groupe. Elle avait été écrite par quelques unes d'entre nous* » (Lemay, 2007, communication personnelle). Ce travail est issu de rencontres entre sages-femmes,

de validation auprès des pairs, de regards sur des écrits portant sur la pratique des sages-femmes. Ce va-et-vient était essentiel dans la mesure où il était nécessaire « *de bien s'entendre sur le sens du langage et de reconnaître dans ce texte, non seulement ce que l'on faisait, mais l'esprit dans lequel nous pratiquions ou du moins avec quoi nous tendions à pratiquer. Il s'agissait de mettre des mots à partir de ce que nous avons comme pratique* » (Lemay, 2007, communication personnelle). L'appendice E présente la philosophie sage-femme telle que présentée sur le site de l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Le modèle de pratique des sages-femmes au Québec est un modèle « inductif » reconstruit par l'expérience des sages-femmes se transmettant d'une praticienne à l'autre (du moins, jusqu'à l'arrivée du programme de formation des sages-femmes à l'UQTR en 1999). Nous dirons du modèle de pratique des sages-femmes au Québec qu'il est principalement issu : de la tradition, de pratiques construites en collégialité dans le contact direct avec les familles, de valeurs sociales inspirées du féminisme et qu'il se distingue des modèles de pratique professionnelle en santé basés sur une approche institutionnelle et académique. Dans cette perspective, Hunter (2006) souligne que les professions de sage-femme et d'infirmière ont un point en commun : elles partagent une culture et une tradition de transfert des connaissances principalement de type oral. Cela a pu contribuer à un « déficit » de reconnaissance de la part du paradigme biomédical dominant. Cet ancrage dans le partage oral des connaissances est probablement un des facteurs qui explique le nombre restreint d'écrits visant à théoriser la pratique des sages-femmes au Québec. Toutefois, pour Lemay (2006) il est possible de faire un lien entre

l'approche originale développée par les sages-femmes québécoises et les cadres théoriques des modèles holistiques et humanistes (Davis-Floyd, 1992; Desjardins, 1993) et des modèles social ou écologique (Findlay, 1993). Les principes directeurs de la pratique des sages-femmes, évoqués dans ces cadres théoriques, balisent le savoir-faire et le savoir-être de manière à former la « philosophie » des sages-femmes.

Sur le plan international, l'application de modèles conceptuels de soins est relativement récente et est considérée comme une nouvelle stratégie de développement pour la pratique des sages-femmes (Cragin, 2004). Au cours des vingt dernières années, trois auteures (toutes sages-femmes) ont initié une théorisation de la pratique : Lehrman (1988), Thompson et ses collaborateurs (1989) et Kennedy (2000). Les modèles qu'elles proposent décrivent un ensemble de concepts qui encadrent la pratique et tentent de rendre compte des processus (de soins, relationnels, thérapeutiques, etc.) inhérents à cette profession.

Gragin (2004), dans une perspective d'analyse de développement théorique (Chinn & Kramer, 1995; Duffrey & Muhlenkamp, 1974), met en relief l'apport de ces trois modèles conceptuels à l'évolution de la pratique des sages-femmes. Comme notre regard se porte sur la pratique des sages-femmes envers les pères, notre intention ici est d'examiner ces modèles dans la perspective de comprendre la place que les pratiques en direction des pères y prennent, ou n'y prennent pas, et si ces modèles favorisent cette insertion ou pas.

*Le modèle de Lehrman (1988).* Ce modèle permet de reconnaître l'importance de mettre la femme au cœur de la conceptualisation de la pratique, elle est l'élément de préoccupation première. Il met en relation les processus de soins et les effets de ces soins sur la mère. Dans cette perspective, les attitudes des sages-femmes sont en rapport avec les résultats sur la santé et la satisfaction des femmes. Ce modèle est vraiment centré sur la mère et fait implicitement référence au nouveau-né et ne met aucunement l'attention sur le père. Toutefois, il relève l'importance du lien et de la relation qui s'établit, mais il le fait en fonction de la mère.

*Le modèle de Thompson, Oakley, Burke, Jay, & Conklin (1989).* Ce modèle, considéré comme holistique, tente d'expliquer l'impact de la pratique des sages-femmes sur la femme et sa santé, en ayant en filigrane la philosophie et les standards de pratique de l'*American College of Nurse-Midwives*. Il met en évidence les liens entre les concepts et les comportements relatifs aux soins. Ces comportements sont des indicateurs qui sont utiles pour mettre en relation un modèle de pratique et les résultats de l'application de ce modèle, ces indicateurs comportementaux pouvant servir comme guide dans la pratique clinique et la formation.

Ce modèle est intéressant puisqu'il porte un regard global sur la situation prenant en compte les aspects biopsychosociaux de la situation maternelle. Cette perspective permettrait d'oser étendre un regard vers le père, même si celui-ci n'est pas explicitement mentionné. De plus, ce modèle en faisant référence aux standards de pratique rappelle à une certaine uniformité dans la pratique et la conception du rôle de la sage-femme.

*Le modèle de Kennedy (2000).* Ce modèle, présentant des concepts bien explicités, prend son assise sur deux prémisses : (1) une sage-femme qui a une pratique exemplaire base sa conduite sur la philosophie et les standards de compétences de sa profession et (2) la pratique exemplaire est liée positivement aux effets sur la mère et l'enfant. La mère occupe une place centrale et elle est conçue comme occupant un rôle actif dans le processus de soins. Ce modèle permet d'identifier des processus de soins spécifiques à la pratique des sages-femmes et offre une base scientifique qui favorise l'opérationnalisation de ces processus et leur relation aux résultats de cette pratique. Ce modèle est donc particulièrement intéressant dans le cadre de la présente étude.

Bien que ce modèle met la mère au centre de ses préoccupations, il le fait en intégrant la famille, soit les personnes importantes pour la mère. Kennedy parle même d'une approche centrée sur la famille. Cette particularité nous permet ainsi de positionner significativement le père à l'intérieur d'une pratique et ouvre une perspective intéressante pour explorer le lien père-sage-femme.

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux différentes composantes ou concepts relevés dans ces modèles et ont défini également différents éléments de la pratique des sages-femmes (Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg, 1996; Bryar, 1995; Hunter, 2006; Davis-Floyd, 1992; Levi, 2000; Morten, Kohl, O'Mahoney & Pelosi, 1991; Thompson, 2004; Thorstesen, 2000). Le chapitre suivant reprend certains de ces éléments pour les appliquer à la compréhension d'une pratique envers les pères.

Pour la présente étude, nous retenons particulièrement les travaux de Kennedy (2000) et ses collaborateurs (Kennedy, Shannon, Chuahorm, & Kravetz, 2004). Ceux-ci proposent une vision holistique de la pratique et mettent en interrelations différentes composantes tant sur le plan des actions de la sage-femme que sur le plan de l'expérience vécue par la femme et la famille. Même si l'auteure mentionne qu'il est important d'entendre la voix des femmes (par les femmes, pour les femmes et au sujet des femmes puisqu'elles sont celles qui reçoivent et coopèrent aux soins), il est intéressant de noter que ce modèle (Kennedy, 2000) sous-entend une approche centrée simultanément sur la mère et sa famille et, par conséquent, propose certains repères qui peuvent inclure le père. L'auteure fait explicitement référence à un engagement de la sage-femme envers des soins centrés sur la famille. Ce modèle nous semble intéressant parce qu'il explicite les éléments et les processus qui caractérisent la pratique des sages-femmes et ceux-ci sont positionnés dans une structure conceptuelle organisée. Cette description de la pratique est aussi particulièrement utile dans la formation des étudiantes sages-femmes, mais la formation n'est pas l'objet direct de cette problématique.

Ce modèle intègre la posture de la sage-femme et la position de la femme conçue comme étant active dans le processus de soins (voir Figure 1). Il découle d'une étude empirique utilisant la méthode Delphi et, par conséquent, repose sur l'opinion de sages-femmes, désignées comme expertes, et de femmes ayant eu un suivi sage-femme. Le modèle définit notamment quatre composantes : (1) les caractéristiques d'une pratique exemplaire; (2) les effets résultant d'une telle pratique; (3) les processus de soins mis en

œuvre par celle-ci; (4) les qualités et les attributs (des sages-femmes) qui sous-tendent ces processus de soins.

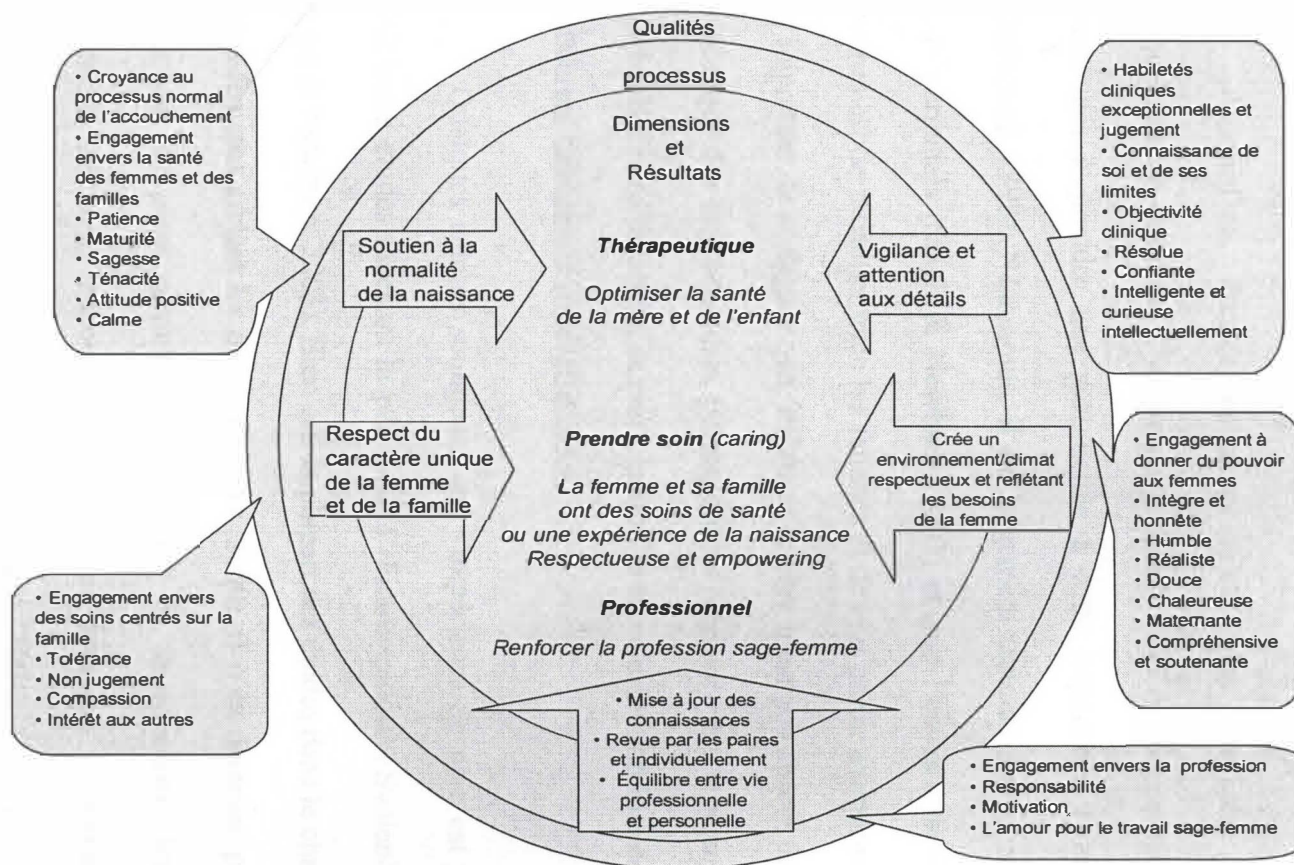


Figure 1. Modèle de la pratique des sages-femmes de Kennedy (2000), traduit par Baker (2007)



### *Les pères et la périnatalité*

Aujourd'hui, donner naissance n'est plus considéré comme une affaire uniquement de femmes. C'est toute la famille qui est concernée et les hommes sont encouragés à prendre une part active à cette expérience (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998). Néanmoins, il est largement reconnu que la mère est au centre des soins périnataux (Singh & Newburn, 2003) et que l'essence de la pratique des sages-femmes est de travailler avec les femmes et de leur porter attention (Thompson, 2003). Il est important de souligner que, même si le père n'est pas absent des principaux modèles de pratique des sages-femmes, puisqu'on fait référence aux « personnes significatives ou à la famille », sa présence, sa participation et sa contribution lors de la période périnatale demeurent faiblement conceptualisées.

Quelques auteurs soulignent que l'expérience du père est peu abordée dans les différentes études touchant la périnatalité (Finnbogadottir, Svalenius, & Persson, 2003; Singh & Newburn, 2003). Bien que la plupart des études dans le champ de la pratique des sages-femmes ciblent les mères (Raisler, 2000), il n'en demeure pas moins essentiel de concevoir les pères comme étant au cœur de la naissance, leur participation étant clairement attendue, encouragée et soutenue lors des consultations prénatales et à l'accouchement (De Ridder, Ceroux, & Bigot, 2004). Ceux-ci s'attendent d'ailleurs à donner un soutien considérable à leur conjointe durant la grossesse, l'accouchement et après la naissance (Beaton & Gupton, 1990). Certaines études ont ciblé le père, mais en le mettant essentiellement en rapport avec la mère, soit comme soutien lors de la grossesse,

de l'accouchement ou de l'allaitement (Arora, 2000; Bell, 2001; Chapman, Hobfoll, & Ritter, 1997; Dumas & Lepage, 1999; Finnbogadottir, Svalenius, & Persson, 2003). Et pourtant, les pères vivent une expérience personnelle de transition significative tant au plan psychologique, social que physique (Barclay, Donovan, & Genovese, 1996; Finnbogadottir, Svalenius, & Persson, 2003).

### Questions et objectifs de recherche

Il est maintenant important de situer notre questionnement en regard de la pratique des sages-femmes. Pourquoi est-ce pertinent d'aborder les services périnataux spécifiquement en contexte de pratique des sages-femmes? Parce que cette profession continue d'être portée, c'est-à-dire reconnue, soutenue et défendue par un nombre substantiel de femmes et d'hommes pour qui la naissance constitue un événement familial unique et pas seulement un événement personnel pour la femme. Les revendications des différents mouvements des années'80 demeurent encore aujourd'hui des enjeux de taille. Les journées annuelles en santé publique au Québec où l'on aborde le contexte périnatal dénotent l'intensité des préoccupations des parents et des intervenants (Association pour la Santé publique du Québec, 2004). Mais aussi, parce qu'il y a des enjeux sociopolitiques importants dans le déploiement des services de sages-femmes. Le contexte d'un projet de politique de périnatalité (MSSS, 2006) oblige de repenser ou, à tout le moins, de réfléchir aux impacts de cette profession, à sa valeur ajoutée au système de santé, à sa structure organisationnelle et fonctionnelle.

Pourquoi se préoccuper des pères en période périnatale? Parce qu'ils sont une figure de soutien centrale pour les mères occidentales qui portent et donnent naissance à des enfants. Également, parce qu'ils ont un impact significatif sur le développement de l'enfant. Mais aussi parce qu'ils sont la cible de pressions sociales grandissantes pour s'impliquer précocement auprès de leurs enfants. Et surtout parce qu'ils vivent des expériences dans leur rôle de père, expériences qui influencent leur développement personnel et parental (Lacharité, 2004).

Les propos de Vania Jimenez<sup>3</sup> posent un regard éclairé sur la situation de la périnatalité au Québec :

*« Nous vivons dans une culture du risque, la culture de la peur, et rappelons-nous que la notion de risque obstétrical a été inventée aux États-Unis. Nous sommes un peu dans cette approche en obstétrique. En fait, c'est de l'utilisation judicieuse de la technologie dont il s'agit vraiment. Je crois qu'il va falloir que nous retournions à la notion d'accouchement vécu comme un moment naturel, avec ses complications. Nous sommes là pour surveiller, mais attention, la surveillance c'est une chose, et l'accompagnement c'est autre chose. Il va falloir introduire les notions d'accompagnement, de relation et de confiance »* (Association pour la Santé publique du Québec, 2005, p. vi).

Notre travail s'imbrique dans le prolongement de cette réflexion où le modèle de pratique des sages-femmes peut accueillir et accompagner un homme, le conjoint de celle qui porte l'enfant et le père de ce petit en devenir. L'objectif de la thèse est d'explorer et de décrire les représentations que se font les sages-femmes de leur pratique envers les

---

<sup>3</sup> Madame Jimenez est médecin, directrice, Unité de médecine familiale du CLSC Côte-des-Neiges, directrice de recherche en médecine familiale, Université McGill.

pères. Les questions de recherche auxquelles tente de répondre ce travail s'énoncent ainsi :

- Comment la sage-femme organise-t-elle son rapport au père ?
- Comment les sages-femmes se représentent-elles leur pratique à l'égard des pères ?

La sage-femme dans son rapport au père doit nécessairement avoir recours à des dimensions de nature psychologique et sociale. Le chapitre II réfère au premier exercice, soit d'analyser la pratique des sages-femmes afin de décrire les principes de soutien psychosocial utilisés pour baliser le rôle qu'elles jouent dans l'expérience vécue par les pères qui attendent un enfant. Le premier article, intitulé « *Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale* », traduit cette préoccupation et ce questionnement sur la manière dont la sage-femme organise mentalement son rapport aux pères qu'elle côtoie, sur la manière dont elle tente de s'inscrire dans le développement psychologique et social de ces derniers et, enfin, sur les principes qui guident sa pratique professionnelle envers ceux-ci. Cet article, reposant sur une recension de la documentation pertinente, a été soumis à la *Revue Québécoise de Psychologie* et est actuellement sous presse.

La seconde partie du travail doctoral, rapportée au chapitre III, se penche sur la question : quelles sont les représentations des sages-femmes de leur pratique envers les pères ? L'objectif du second article, intitulé « *Lieux de rencontre entre la sage-femme et le père : des espaces co-construits* », est de décrire cette pratique envers les pères du point de vue de la sage-femme. Il s'agit ici de faire la description des représentations que

se font les sages-femmes des pères dans leur pratique quotidienne. Cette description initie une démarche de conceptualisation de la pratique des sages-femmes envers les pères, cohérente avec les principes généraux qui animent cette profession. L'analyse des entretiens de 23 sages-femmes œuvrant en maisons de naissance au Québec sert de canevas de base à la compréhension de la pratique des sages-femmes et fait émerger les premiers jalons de l'élaboration d'un modèle de pratique envers les pères. Cet article sera soumis à la revue *Midwifery* dans une version anglaise.

Le chapitre IV présente une discussion générale faisant des liens avec les résultats et la présentation des deux articles. Cette section fait état notamment des retombées tant au plan de la recherche, de la pratique que de la formation et met également en valeur la contribution de cette thèse sur le plan de la pratique professionnelle. Cette partie soulève également les limites de cette étude. Enfin, une conclusion rapporte les principaux éléments du travail.

## *Chapitre II*

## LE RÔLE DES SAGES-FEMMES DANS LE PARCOURS DES PÈRES LORS DE LA PÉRIODE PÉRINATALE

### Résumé

*L'article se penche sur le rôle que joue une nouvelle catégorie de professionnelles, les sages-femmes, dans le paysage de services auxquels les pères ont accès au Québec. En s'appuyant sur une recension de la documentation quant aux modèles actuels de pratique des sages-femmes, l'objectif est de décrire les principes de soutien psychosocial que ces professionnelles utilisent pour baliser leur rôle dans l'expérience des pères. L'article conclut sur des pistes de réflexion pour la pratique, la formation et la recherche sur le rapport entre le père et la sage-femme.*

Mots-clés : Pères, sages-femmes, périnatalité, soutien, psychosocial

---

## THE ROLE OF MIDWIVES: PATHWAYS OF FATHERS DURING THE PERINATAL PERIOD

### Abstract

*The paper focus on a new category of practitioners in the health system of the Province of Québec, the midwives, and their role towards fathers. Based on a literature review on conceptual models of midwifery practices, the goal is to describe the major principles of psychosocial support that midwives use to organize their role in fathers'*

*experience of birth. The paper concludes by giving some guidelines about practice, training, and research.*

Keywords: Fathers, midwives, perinatal, support, psychosocial

Version déposée à la *Revue québécoise de psychologie*, janvier 2007.



Les sociétés occidentales modernes ont permis aux hommes de participer à la période périnatale. Cette période comprend la planification des naissances (la contraception), la préparation à la conception, la gestation de l'enfant, l'accouchement, la période postnatale immédiate (premiers jours après l'accouchement) et la période postnatale étendue (environ 6 à 12 semaines après l'accouchement). L'entrée des hommes dans ce monde de la naissance d'un enfant est relativement récente. Elle a été suscitée par un agencement d'au moins trois facteurs (Lacharité, Mailhot, Boilard et Déziel, 2004) : 1) la professionnalisation du soutien lors de la période périnatale ayant entraîné le déplacement du lieu d'accouchement de la maison vers le centre hospitalier et la définition du soutien à la mère et l'enfant lors de la période périnatale comme étant essentiellement une question de soins et de services; 2) l'exclusion des sources informelles de soutien lors de l'accouchement, en particulier, le soutien des autres femmes de l'entourage des mères; combiné au déplacement du lieu de naissance, ce second facteur a créé la solitude et l'isolement des femmes qui accouchent dans un lieu non familial à un moment de grande vulnérabilité personnelle; 3) la centration sur le père en tant que figure exclusive de soutien informel lors de l'accouchement; en raison de la nucléarisation des familles, le père a été invité à jouer un rôle de soutien de plus en plus grand auprès de sa conjointe lors de la grossesse et de l'accouchement.

Au Québec, le système de soins et de services aux femmes qui attendent un enfant a subi plusieurs transformations au cours des 15 dernières années. Une de ces transformations est l'introduction d'une nouvelle catégorie de professionnelles de la santé périnatale, la sage-femme, et la création d'un nouveau lieu de naissance (hors centre

hospitalier), la maison de naissance. La nouvelle politique de périnatalité (MSSS, 2006) prévoit notamment la création de 21 nouvelles maisons de naissance au Québec afin de répondre à la demande grandissante des familles d'être accompagnées d'une sage-femme et la volonté du ministère de voir la sage-femme tenir un rôle plus important dans le soutien aux jeunes familles.

Le modèle bioécologique du développement humain (Bronfenbrenner et Morris, 1998) suggère que l'introduction de ces nouveaux éléments dans l'exosystème des mères et des pères exerce nécessairement une influence sur la nature de l'expérience que ceux et celles qui choisissent d'y avoir recours vont avoir de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Toutefois, peu de travaux ont examiné le rôle des sages-femmes quant à l'expérience des pères lors de la période périnatale. Un des aspects distinctifs de cette forme de pratique professionnelle lors de la période périnatale (comparée aux pratiques d'ordre biomédical) est l'attention portée aux dimensions psychologique et sociale de la naissance. Comme la documentation scientifique des trois dernières décennies souligne la contribution centrale de l'expérience vécue par les pères lors de cette période et que ce vécu, contrairement à celui des mères, est principalement de nature psychosociale (plutôt que biopsychosociale), il est possible de considérer l'analyse de la pratique des sages-femmes envers les pères comme un *cas exemplaire*. Ainsi, même si seulement une minorité des pères bénéficient des services d'une sage-femme au Québec, le caractère exemplaire de cette pratique peut permettre de mieux comprendre les formes de soutien professionnel à promouvoir auprès des pères. Dans son rapport au père, la sage-femme doit nécessairement avoir recours à des dimensions de nature

psychologique et sociale. Il s'avère donc pertinent et opportun de faire le point sur ces dimensions afin de contribuer à une meilleure compréhension de la relation entre le père et la sage-femme dans le contexte québécois.

L'objectif de cet article est de décrire les principes de soutien psychosocial que les sages-femmes utilisent pour baliser le rôle qu'elles jouent dans l'expérience vécue par des pères qui attendent un enfant. Il tente d'apporter des éléments de réponses aux deux questions suivantes : Comment la sage-femme organise-t-elle son rapport aux pères qu'elle côtoie et s'inscrit-elle dans le développement psychosocial de ceux-ci ? Quels sont les principes qui guident sa pratique professionnelle envers ces derniers ?

L'article est divisé en quatre sections : une introduction à (incluant un historique de) la profession de sage-femme au Québec, le soutien aux parents considéré sous l'angle des modèles conceptuels de pratique de la sage-femme, l'expérience vécue par les pères lors de la période périnatale et les besoins des pères en lien avec la pratique de la sage-femme.

## **INTRODUCTION À LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU QUÉBEC**

Dans l'histoire de la civilisation occidentale, certaines femmes ont été considérées comme des guérisseuses, des médecins sans diplôme, à la fois infirmières, avorteuses et conseillères médicales. Elles se transmettaient leur expérience de femme à femme, de voisine à voisine, de mère à fille, la tradition en étant une d'entraide. Elles allaient de maison en maison et de village en village. Les gens les nommaient les «femmes sages» (Ehrenreich et English, 1976) et, dès lors, elles s'imposèrent non d'elles-mêmes, mais

parce que des femmes et des hommes les portèrent au cœur de leur vie familiale et de leur communauté.

Dès le début de la colonisation française au Canada de 1650 à 1691, les sages-femmes sont présentes. Elles sont des femmes de colons, des bourgeoises et des aristocrates qui sont interpellées par les autres femmes lors de leurs accouchements. Ces femmes, identifiées comme femmes de cœur, sont d'abord choisies en fonction de leur qualité d'esprit. Elles endossent tout à la fois un rôle social, psychologique et médical (Ehrenreich et Englis, 1976). Ces femmes, qui se retrouvent au centre des familles, conseillent, soutiennent et interviennent quant à la santé des femmes et des enfants. La reconnaissance de ces fonctions leur permet, vers 1720, de mettre en place un réseau structuré de sages-femmes reconnues par l'État et par la population. Les sages-femmes sont alors considérées comme les gardiennes privilégiées d'un événement central dans la vie des familles et des communautés : la naissance.

Toutefois, 125 ans plus tard, en 1847, la création du collège des médecins vient considérablement restreindre la pratique des sages-femmes. D'une part, ils tentent de partager avec les sages-femmes le champ de ce qu'ils appellent l'obstétrique. D'autre part, comme en Europe, les médecins en viennent à contrôler la formation des sages-femmes (comme celle des infirmières). Plus tard, l'obstétrique deviendra une véritable spécialité médicale (Laforce, 1986). Le 19<sup>e</sup> siècle voit apparaître de nouvelles institutions tant sur le plan académique que législatif et le système médical tel qu'on le connaît maintenant prend forme peu à peu. Le début du 20<sup>e</sup> siècle voit ainsi diminuer, voire disparaître, les accouchements à domicile et les naissances en milieu hospitalier deviennent pratique

courante (Blais, 2002). En fait, c'est la profession de sage-femme qui disparaît (et, plus tard, réapparaît) et non les sages-femmes elles-mêmes. Celles-ci ont continué de pratiquer malgré l'absence de reconnaissance institutionnelle, les sages-femmes n'ayant pas été invitées, comme dans plusieurs pays d'Europe, à intégrer les rangs des professionnels reconnus de la santé. La sage-femme ne faisait pas partie des rêves de progrès dans le champ de l'obstétrique et de la pédiatrie. La profession de sage-femme semble donc avoir été une des victimes de la conception de la modernité ayant cours au XX<sup>e</sup> siècle.

L'année 1962 marque un retour officiel de la profession, et ce, pour une période de 10 ans. Toutefois, les sages-femmes sont formées dans un but bien précis : l'aide internationale. Elles n'ont pas de droit de pratique au Québec sauf en régions éloignées. Ce sont des infirmières et des religieuses missionnaires qui se retrouvent sur les bancs d'école dans un programme offert par l'Université Laval et l'hôpital du St-Sacrement de Québec. Malheureusement, cette percée ne permet pas à la profession de sage-femme de prendre un nouvel élan et de se développer.

Ce sont les revendications féministes des années '70 qui redonnent aux sages-femmes une place dans les discours publics. Différentes activités, colloques et rassemblements ont lieu dans les années '80, permettant aux femmes, mais aussi aux hommes, d'exprimer leurs inquiétudes et leur questionnement quant aux soins obstétricaux dispensés alors au Québec. Le mouvement d'humanisation des naissances résulte de l'insatisfaction face aux services offerts (Brabant, 2001). Le colloque « Accoucher ou se faire accoucher » en 1980 interpelle alors les intervenants de la santé quant à leurs attitudes envers les femmes, les bébés et les pères lors de la période

périnatale. Des changements et des modifications sont réclamés dans le système de santé afin de mieux répondre, en particulier, aux besoins des femmes. Plusieurs demandes surgissent de ces revendications quant à l'autonomie de choisir le lieu de naissance de leur enfant et le professionnel de la santé qui les accompagnera tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Les femmes, et les hommes qui les accompagnent revendiquent une plus grande humanisation et une meilleure continuité des soins et des services (MSSS, 1997). En 1986, les sages-femmes se regroupent pour former l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes. Celles-ci répondent au désir des femmes et des familles d'accoucher à domicile. La pratique s'est alors organisée en termes de standards de pratique, de code de déontologie, de tenue de dossiers et de formations. Les premiers jalons de la profession étaient posés.

Le savoir-faire et le savoir-être des sages-femmes symbolisent pour la population cette humanisation des soins et cette continuité dans l'offre de service. Ainsi, toutes ces démarches de revendication des femmes et des groupes de pression aboutissent en 1990 à l'adoption de la Loi 4 sur la pratique de la sage-femme qui met en place huit projets-pilotes, prévus pour la période de 1993-1998. Ces projets pilotes donnent vie aux *maisons de naissance*, principal lieu de pratique de la sage-femme et d'accueil des familles pour le suivi de grossesse et l'accouchement. Pour le Québec, ces *maisons* sont l'alternative à l'accouchement à domicile (non permis à cette époque avec la Loi 4). Le Québec n'est pas le seul à créer de telles maisons : certains pays, tels les États-Unis (premier « Birth Center » datant de 1975), l'Allemagne, la Suisse, l'Autriche, l'Angleterre, la Suède et l'Australie ont également développé différentes structures et ce, dès le début des années

'90 (Viossat et Pons, 2001). Ces maisons ont toutes en commun la convivialité familiale, accueillant les femmes enceintes et leur famille dans un contexte où la grossesse, l'accouchement et le postnatal sont des processus naturels et supportés par les sages-femmes, celles-ci assurant des soins de maternité continus et complets. Plusieurs études ont démontré la sécurité de tels lieux de naissance et la satisfaction des parents quant à l'offre de services (Bouffard et Grégoire, 1997; David, von Schwarzenfeld, Dimer et Kentenich, 1999; Rooks, Weatherby, Ernst, Stapleton, Rosen et Rosenfield, 1989).

Suite aux projets pilotes, le gouvernement du Québec reconnaît donc la qualité des services des sages-femmes et le fait que la sécurité de la mère et de l'enfant peut être assurée hors du centre hospitalier. La profession sage-femme est ainsi légalisée en 1999 : parallèlement, on assiste à la création de l'Ordre des sages-femmes du Québec et à la mise en place d'une formation universitaire de quatre ans (130 crédits), offerte à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette loi reconnaît la sage-femme comme une intervenante de première ligne ayant pleine et entière autonomie dans le suivi des femmes vivant une grossesse et un accouchement normaux. Les sages-femmes exercent donc une profession d'exercice exclusif.

En dépit de la légalisation de 1999, ce n'est qu'en avril 2005 que l'accès à l'accouchement à domicile avec les sages-femmes est disponible et les accouchements en centre hospitalier avec une sage-femme ne sont possibles que depuis 2004 et ce, dans quatre institutions seulement. Bien que la *Loi sur les sages-femmes* prévoie trois milieux d'accouchement soit la maison de naissance (le Québec en compte neuf), le centre hospitalier et le domicile, il n'en demeure pas moins que le principal choix des femmes

demeure l'accouchement en centre hospitalier avec un médecin. Il est pertinent de noter que, dans le monde, les sages-femmes assistent 75 % des naissances (Hawkins et Knox, 2003) alors qu'au Québec en 2004, il y a eu 1 105 naissances vivantes assistées par les sages-femmes, soit la responsabilité de 1,5 % des naissances (MSSS, 2005). Cette situation soulève des enjeux importants sur le plan socioprofessionnel et institutionnel. Ainsi, chaque fois qu'une sage-femme rencontre une mère et un père au Québec, cela constitue potentiellement un commentaire voire une critique du système de soins et de services dominant. Par conséquent, la faible proportion de couples suivis par une sage-femme ne correspond pas à l'importance symbolique que ces situations représentent.

Les sages-femmes se retrouvent actuellement uniquement reliées aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) via leur offre de services à l'intérieur des maisons de naissance. Ce lieu de naissance fait référence à un contexte particulier et à un encadrement tel que défini par la profession. Le regroupement Naissance-Renaissance propose la définition suivante concernant une maison de naissance (RSFQ, 2006) :

- lieu où les femmes peuvent accoucher accompagnées par les sages-femmes qui y assurent des soins de maternité continus et complets;
- située dans un milieu physique distinct du domicile et du centre hospitalier, ce qui assure un caractère autonome et communautaire et en fait un lieu privilégié de développement de la pratique, de la formation et de communication pour les sages-femmes;
- gérée par une direction d'administration indépendante qui relève de la direction du CSSS;



- accorde une place importante à la communauté, aux femmes usagères et à leurs familles dans les orientations, l'organisation des soins et le fonctionnement de la Maison.

Dans les maisons de naissance, le suivi implique toujours une dyade de sages-femmes. La première sage-femme est la professionnelle privilégiée présente au suivi du début de la grossesse au postnatal immédiat. La deuxième sage-femme assiste cette dernière lors de l'accouchement et elle assure selon le cas les rencontres postnatales.

## **LE SOUTIEN AUX PARENTS**

### **MODÈLES CONCEPTUELS DE LA PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME**

Le champ de pratique des sages-femmes au Québec est récent, sous sa forme légalisée, mais il s'appuie aussi sur une longue expérience de la naissance et sur un vaste répertoire de savoirs accumulés par des sages-femmes au Québec et ailleurs dans le monde. À l'échelle mondiale, il ne s'agit pas d'un champ de pratique obsolète et marginal. Le développement de la pratique des sages-femmes au Québec se situe en synchronie avec le questionnement de la profession sur le plan international. D'ailleurs, d'autres pays s'intéressent de près à l'expérience québécoise en raison du type d'intégration des principes directeurs qui y sont appliqués.

Ainsi, même si nous disposons actuellement de peu de descriptions formelles de la pratique québécoise (voir Regroupement Les sages-femmes du Québec, 2006), celle-ci repose étroitement sur des modèles conceptuels développés au cours des 20 dernières années par des leaders internationaux. Il faut noter ici les travaux de Kennedy et ses

collègues (2000, 2004), Lehrman (1988), Thompson, Oakley, Burke, Jay et Conklin (1989) et Thompson (2004). D'emblée, il est important de souligner que, même si le père n'est pas absent de ces modèles de pratique, sa présence, sa participation et sa contribution lors de la période périnatale demeurent faiblement conceptualisées. Dans ce qui suit, nous décrivons brièvement les principaux éléments qui caractérisent la pratique des sages-femmes et, dans la prochaine section, nous analysons celle-ci en lien avec les besoins des pères décrits précédemment.

Trois grands thèmes permettent de rendre compte et de caractériser la pratique de la sage-femme : les postulats et croyances à propos de la naissance, la centration des soins sur la mère et la qualité de la « présence » de la sage-femme. Une attention particulière sera portée à décrire la pratique des sages-femmes en fonction de ces thèmes, mais aussi à comparer celle-ci à la pratique des obstétriciens, notamment parce qu'il s'agit du modèle dominant au Québec.

### **Postulats et croyances à propos de la naissance**

Les actes professionnels s'appuient habituellement sur un ensemble de postulats et de croyances. Sur ce plan, la pratique de la sage-femme se distingue de la pratique de l'obstétricien en ce qu'elle met à l'avant-scène une série d'idées, explicitement exprimées et reconnues, à propos du processus de la gestation et de l'accouchement et à propos de la signification de la naissance, ce que les sages-femmes et les utilisatrices de leurs services appellent la « philosophie sage-femme ». Ces idées guident le rapport que la sage-femme établit avec la mère et les personnes significatives de son entourage, le rapport qu'elle

entretient avec elle-même (son expérience, ses intuitions, ses émotions) et le rapport qu'elle développe avec les données probantes provenant de la recherche scientifique et avec d'autres formes de connaissances pertinentes. Les principales idées qui façonnent la pratique de la sage-femme sont :

- La grossesse et l'accouchement sont des processus biopsychosociaux « normaux » plutôt que pathologiques (Kennedy, Shannon, Chuahorm et Kravetz, 2004; Thompson, 2004). D'une part, il s'agit de processus qui englobent l'ensemble de la personne qui les vit, de sa dimension biologique jusqu'à sa dimension spirituelle. D'autre part, « normal » n'est pas défini dans son sens statistique, mais plutôt dans un sens *physiologique*, c'est-à-dire en reconnaissant les fonctions par lesquelles la vie se manifeste et se maintient.
- La grossesse et la naissance d'un enfant sont des événements familiaux avant d'être des événements médicaux ou institutionnels. Ces événements appartiennent à la mère et à son entourage immédiat et non aux professionnels qui les accompagnent.
- Au cours de la période périnatale, les parents requièrent des soins et des services globaux (physiques, psychologiques et sociaux) et continus plutôt que ciblés et fragmentés.
- L'accueil de l'enfant est une dimension qui permet de soutenir la famille dans son propre développement, de l'acceptation de ce nouveau-né à l'adaptation avec ce nouvel être.

### **Une approche centrée sur la mère d'où découlent les soins (*woman-centered care*)**

En comparaison du modèle dominant en obstétrique, la pratique de la sage-femme déplace le centre d'attention du corps féminin, considéré comme une machine à reproduction, et du corps du bébé, considéré comme un produit, vers la femme dans sa globalité, son expérience de maternité et le fœtus/bébé en tant que personne (Edwards, 2000; Singh et Newburn, 2003; Thomson, 2003). Les besoins, les attentes, les émotions, les idées, les savoirs et les pratiques socioculturelles de la mère constituent la trame qui organise la pratique de la sage-femme. La sage-femme est formée pour avoir une vision holistique des soins, notion qui englobe autant les aspects psychosociaux que les aspects physiologiques de la santé (Kennedy et al., 2004; Thomson, 2004).

Un des aspects important de cette approche est de donner à la femme l'occasion de développer son pouvoir : en particulier, le pouvoir d'accoucher et de prendre des décisions. Kennedy et al. (2004) vont plus loin en mentionnant que la sage-femme construit son lien à la mère sur une base symétrique : les savoirs, les idées et les sentiments de cette dernière à propos de ce qu'elle vit sont aussi importants que les connaissances théoriques et cliniques de la sage-femme elle-même. Cette attitude fait directement référence au concept d'empowerment, de développement du pouvoir d'agir des personnes sur les situations qu'elles rencontrent (Le Bossé et Dufort, 2001; Midmer, 1992). Des processus d'aide psychosociale tels que reconnaître la valeur de la mère comme une personne compétente dans la situation, lui offrir des choix, faire preuve d'ouverture et favoriser le changement sont présents dans l'attitude de la sage-femme. Ces conditions favorisent et renforcent le pouvoir d'agir de la mère. Le modèle sage-

femme permet à la femme d'être une partenaire, une actrice de premier plan et une personne en charge des décisions (Rooks, 1999). Le rôle de la sage-femme est de partager l'information qui permet à la mère de faire des choix éclairés. Elle la soutient dans ses choix selon les besoins qu'elle exprime. La sage-femme aide la femme à identifier les situations problématiques, l'informe des options, partage les réflexions et lui remet l'autorité de faire ses propres choix.

Même s'il existe des normes de pratique similaires entre les sages-femmes et les obstétriciens, la différence fondamentale réside dans le rapport des professionnels à ces normes (Wilkins, 2000). Dans le cas des sages-femmes, les objectifs professionnels reposent sur la notion de « caring », c'est-à-dire le souci et l'attention bienveillante envers la femme à travers les normes de pratiques. Dans le cas des obstétriciens, les objectifs professionnels reposent plutôt sur la notion de « contrôle », c'est-à-dire l'assimilation de l'expérience de la femme aux normes de pratiques.

La sage-femme tient compte des différents contextes de vie de la mère et met en place un environnement sécuritaire qui permet de répondre aux besoins, aux désirs et aux aspirations de celle-ci, tout en préservant la normalité. La mère voit son environnement orchestré en fonction de ses préoccupations et de son vécu. La sage-femme se fait le défenseur de cet environnement tout en devenant celle par qui s'installent les conditions favorisantes pour la mère et la famille tout en reconnaissant l'apport de la mère. Kennedy et ses collègues (2004) définissent cette orchestration de l'environnement comme l'« art sage-femme » (midwife's art). C'est dans cet espace appartenant à la mère que les

personnes significatives sont présentes, que les soins sont prodigués, que la relation professionnelle se bâtit et que les philosophies et les règles s'imbriquent.

### **« Être avec » : la présence de la sage-femme**

La structure de la relation de la sage-femme avec la femme est décrite par les termes « être avec » (*being with*) (Hunter, 2002, 2003; Kennedy et al., 2004). « Être avec » signifie, dans le contexte de la pratique sage-femme, se soucier de connaître et reconnaître la personne qu'elle accompagne. Ainsi, l'essentiel de l'expérience vécue par les parents avec une sage-femme est donc la « présence » de celle-ci. Cette présence est définie comme l'habileté de la sage-femme à considérer la mère comme une personne à part entière, ayant une histoire de vie et des expériences significatives dans un contexte périnatal. Une relation significative s'installe à travers le soutien et la guidance que la sage-femme offre à la mère tout en répondant à ses besoins (Berg, Lundgren, Hermansson et Wahlberg, 1996). Une relation de confiance mutuelle s'établit entre la sage-femme, la mère et le père aux consultations prénatales et à l'accouchement. Dans cette perspective de relation privilégiée, le « être avec » inclut explicitement le père puisque la participation de cet homme que la mère désigne comme étant le père (ou son partenaire actuel) est clairement attendue, encouragée et soutenue (de Ridder, Ceroux et Bigot, 2004).

Cette notion de « être avec » fait également un rappel à la notion de temps. Dans un contexte de consultation prénatale, entre autres, il a été démontré que la sage-femme passe plus de temps avec la femme que ne le fait l'obstétricien dans un tel contexte

(MacDorman et Singh, 1998). Hawkins et Knox (2003) mentionnent que la sage-femme passe de 20 à 30 minutes de plus en consultation avec la femme qu'un obstétricien. Et, dans le contexte de l'accouchement, la sage-femme demeure présente avec la femme tout au long du travail et lors de la période postnatale immédiate offrant une présence continue auprès des parents et du nouveau-né. L'obstétricien quant à lui fait appel à d'autres professionnels (par exemple une équipe d'infirmières, le pédiatre) pour dispenser des soins à la mère et au bébé (Kennedy, Rousseau et Low, 2003; Thomson, 2003) favorisant ainsi une relation séquentielle et interrompue.

Plusieurs auteurs mentionnent la présence *continue* de la sage-femme comme un concept intégral du modèle de soins développé (Burst, 1990; Dickson, 1996; Kennedy, 1995, 2000; Thompson et al., 1989; Thorstesen, 2000). L'importance de la continuité des soins auprès de la mère a depuis longtemps été démontrée (Flint, Poulengeris et Grant, 1989). Cette continuité permet notamment à la sage-femme de disposer d'informations riches et nuancées à propos de l'évolution de la grossesse et de l'accouchement. De plus, ces informations sont constamment partagées avec les parents permettant à ces derniers d'avoir notamment un pouvoir de décision et d'action sur leur propre vie.

## **L'EXPÉRIENCE PATERNELLE LORS DE LA PÉRIODE PÉRINATALE**

Il a été souligné plus haut que les revendications quant à l'humanisation des naissances ont été principalement portées par le mouvement féministe. Il s'agit de femmes, mais aussi d'hommes qui faisaient partie d'un courant social qui a également demandé aux pères une implication différente dans la vie familiale. Ce dernier, même s'il

n'est pas au centre de l'attention de la sage-femme, prend néanmoins une place importante et essentielle aux yeux de celle-ci.

Donner naissance n'est plus considéré aujourd'hui comme une affaire seulement de femmes, mais cet événement est perçu comme une affaire de famille où les hommes sont encouragés à prendre une part active (Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen, 1998). La paternité est aujourd'hui une préoccupation sociale sollicitant différentes disciplines telles que la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la santé et l'éducation. Pour plusieurs chercheurs, ce nouvel attrait pour la paternité est ancré historiquement dans l'évolution de la famille (Deslauriers, 2002; Dowd, 2000; Furstenberg, 1988; Rotundo, 1993). Lacharité (2004) mentionne, pour sa part, que la paternité comme phénomène psychologique, social et culturel suit une trajectoire de transformation sociohistorique étrangement semblable à celle de la maternité au cours de la moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Cette trajectoire se définit autour de trois axes : 1) le développement de connaissances et de savoirs professionnels et scientifiques sur la paternité; 2) l'élaboration de politiques et de pratiques sociales ciblant spécifiquement la paternité; et 3) la reconnaissance et la mise en évidence de l'expérience subjective vécue par les pères.

Toutefois, ces changements dans les représentations sociales ayant trait à la participation du père lors de la période périnatale ne sont pas vraiment soutenus par un accroissement concomitant des connaissances scientifiques sur le père et la paternité. La mère a été et est encore considérée comme étant le principal objet d'étude dans le champ de la famille en général et de la périnatalité en particulier. Même si les travaux sur les pères ont considérablement augmenté au cours des 25 dernières années, l'écart entre le



nombre de ceux-ci et ceux portant sur les mères n'a fait que se creuser encore plus (Lacharité, 2004). Ainsi, on comprend encore mal les divers enjeux psychosociaux auxquels les hommes sont confrontés lorsqu'ils deviennent pères et les principaux éléments qui jalonnent leur expérience de la naissance de leur enfant. Même si quelques auteurs soulignent que l'expérience du père est peu abordée dans les différentes études touchant la périnatalité (Finnbogadottir, Svalenius et Persson, 2003; Singh et Newburn, 2003), une recension des travaux actuels permet cependant de dégager certaines pistes quant aux besoins spécifiques des hommes lors de la période périnatale.

Une étude longitudinale comparant la Finlande et le Canada montre que les hommes, en plus de leur participation à l'accouchement, s'attendent à donner un soutien considérable à leur conjointe durant la grossesse et après la naissance (Beaton et Gupton, 1990). De plus, la présence du père à la naissance est reconnue comme un point culminant dans un cheminement de vie, et ce, pour les deux parents. Le père agit comme soutien envers sa conjointe, mais la participation à la naissance de son enfant est en elle-même un événement qu'il considère comme étant significatif sur le plan personnel et que cette expérience, même si elle est répétée, est considérée comme unique et différente à chaque grossesse et accouchement. Dans plusieurs sociétés et selon les cultures, la naissance est un rite de passage important pour le développement de la conscience chez la femme qui devient mère et est également significative pour le père, la famille étendue et toute la communauté (Kitzinger, 1991). Le sentiment paternel peut prendre place autour de la naissance, contrairement au sentiment maternel (Quéniart, 1999). Ne subissant pas de transformations radicales de son corps et ne vivant pas d'importants changements dans

ses relations sociales au cours de la gestation, comme c'est le cas pour la femme, l'ancrage précoce de l'identité paternelle de l'homme occidental s'effectue particulièrement en lien avec sa présence à l'accouchement (Raphael-Leff, 1991). Il semble donc que la présence et la participation des hommes à l'accouchement, et par extension lors de la grossesse, soient devenues un élément significatif dans le processus de construction individuelle de la paternité dans les sociétés occidentales. En examinant les écrits, quatre formes de besoins semblent définir l'expérience des pères lors de la période périnatale : 1) le besoin de disposer d'espace et de temps pour exprimer ses attentes, ses désirs, ses émotions, ses aspirations, ses préoccupations et ses craintes, 2) le besoin de se sentir soutenu face aux défis personnels qu'il rencontre, 3) le besoin de se sentir utile et compétent et 4) le besoin de créer un lien précoce avec son enfant.

### **Besoin d'espace et de temps**

L'introduction des hommes dans les processus de la grossesse et de l'accouchement nécessite qu'on leur fasse une place dans les principaux lieux où s'accomplissent ceux-ci. Il semble un peu surprenant de parler de la gestation et de l'accouchement en termes d'espace physique quand, habituellement, c'est en termes de temps qu'ils sont conçus et abordés. Toutefois, la prise en charge *institutionnelle* de la grossesse et de l'accouchement a fortement contribué à désigner symboliquement certains lieux à l'intérieur desquels le vécu des mères et des pères est considéré comme étant particulièrement important et significatif. Il s'agit notamment des espaces institutionnels où les parents se placent sous le regard de professionnels : bureaux de consultation, salles

de rencontres prénatales en groupe, chambres de naissance et unités postnatales. Certaines études, comme celles de deMontigny et Lacharité (2002, 2004) sur l'expérience des pères dans une unité postnatale en centre hospitalier, montrent que les pères primipares se perçoivent souvent comme ayant peu de place dans ces espaces, ce qui leur fait dire qu'ils « ne se sentent pas à leur place », qu'ils « sentent qu'ils dérangent » ou qu'ils « sont de trop ». Le rapport au temps dans ces espaces institutionnels suit un schéma semblable à l'intérieur duquel le temps des pères est excessivement comprimé et presque complètement subordonné au temps des mères. Cette situation, traduite sous forme de besoin, évoque une nécessité de légitimation et de reconnaissance sociale de la présence et de la participation du père dans ces espaces et moments institutionnels.

### **Besoin de se sentir soutenu**

Toute activité humaine impliquant un engagement continu dans une tâche complexe nécessite qu'elle soit soutenue. La participation active des hommes à chacune des étapes de la période périnatale entraîne d'importants défis de nature *affective* (par exemple, l'expérience d'émotions puissantes, la réaction à des états émotifs intenses chez la mère), *cognitive* (par exemple, l'appropriation d'informations techniques, la prise de décisions multiples) et *sociale* (par exemple, l'établissement de lien avec des professionnels et d'autres parents). Ce n'est que récemment que le besoin d'être soutenu face à ces tâches a été pleinement reconnu chez les hommes au même titre que chez les femmes (Bertsch, Nagashima-Whalen, Dykeman, Kennell et McGrath, 1990; Raphael-Leff, 1991; Reed, 2005). Les pères qui attendent un enfant considèrent important de

recevoir du soutien sur les plans émotionnels (par exemple, être écouté, encouragé), informationnel (par exemple, recevoir des conseils), social (par exemple, avoir la compagnie de quelqu'un) et concret (par exemple, faire les repas au retour à la maison après l'accouchement). Toutefois, Dulac (2001) souligne que les hommes ne construisent pas leur rapport à l'aide et au soutien de la même manière que le font les femmes. Soutenir le père qui attend un enfant signifie aussi développer une sensibilité aux formes de soutien qu'il considère comme étant les plus pertinentes. Dans un univers où le soutien est principalement pensé en direction des mères, cela pose évidemment des défis de taille.

### **Besoin de se sentir utile et compétent**

L'entrée des pères dans le monde de la naissance a été principalement balisée par l'exercice d'une fonction instrumentale auprès de sa conjointe qui porte l'enfant et le met au monde. La source centrale de légitimité de la participation active du père dans le processus de la grossesse et de l'accouchement est de soutenir la mère (Finnbogadottir et al., 2003). Les mères elles-mêmes le disent ainsi que les différents professionnels de la santé. Il n'est donc pas surprenant de constater que les pères eux-mêmes définissent leur rôle en termes de cette fonction instrumentale (Chapman, 1992; Raphael-Leff, 1991). Cette forme de délimitation du rôle du père lors de la période périnatale contribue à façonner les attentes de réussite à ses propres yeux et aux yeux de son entourage. D'une certaine façon, les pères sont contraints à l'utilité et à l'efficacité dans leurs interactions avec leur conjointe. C'est l'aune à laquelle ils sont principalement jugés. Se sentir utiles et compétents (et, à l'opposé, se sentir inutiles et incompetents) ne constitue pas un état

périphérique dans l'expérience des pères (Draper, 1997; Santo et Bonilha, 2000). Pour plusieurs pères, il s'agit du noyau central de leur expérience de participation à la grossesse et l'accouchement. Raphael-Leff (1991) ajoute également que les pères peuvent ressentir le besoin de se percevoir utiles et compétents non pas uniquement sous un mode instrumental (« être utile *pour* ma conjointe », « être compétent à contribuer à son bien-être et à celui de mon enfant »), mais aussi sous un mode identificatoire (« être utile et compétent *comme* ma conjointe qui porte notre enfant et le met au monde »). Pour ces pères, la période périnatale peut devenir un tremplin vers la réalisation de projets personnels qui ont souvent bien peu de liens avec l'arrivée d'un enfant dans leur vie. Néanmoins, ce type de conduite peut être perçu avec perplexité, voire désapprobation, de la part de son entourage et être interprété comme une forme de fuite ou de désengagement (surtout si cela interfère avec sa fonction de soutien à la mère).

### **Besoin de créer un lien précoce avec l'enfant**

Soutenir l'introduction du père dans le monde de la naissance, c'est aussi soutenir son introduction précoce auprès de l'enfant et lui fournir une plate-forme pour qu'il puisse établir son investissement socio-émotionnel envers ce dernier. De multiples travaux cliniques et scientifiques ont montré la densité affective qui caractérise l'expérience des mères tout au long de la grossesse et de l'accouchement (Brazelton et Cramer, 1990; Dayan, 1998a, 1998b; Raphael-Leff, 1991; Stern, 1995; Stern et Bruschweiler-Stern, 1998). Au fur et à mesure que les hommes s'engagent dans l'évènement de la grossesse et de l'accouchement, ils sont confrontés aux mêmes types

d'enjeux affectifs, identitaires et relationnels que ceux auxquels sont confrontées leurs conjointes (Beardshaw, 2001; Brazelton et Cramer, 1990). L'établissement du rapport à l'enfant à naître constitue un élément charnière de l'expérience des pères lors de la période périnatale. Le besoin de disposer de repères spécifiques permettant au père de tisser précocement un lien avec son enfant est évidemment concomitant au besoin de s'insérer précocement à l'intérieur de la dyade mère-enfant. Le père ne peut, en effet, construire sa relation à l'enfant en période pré et per natale qu'à travers la relation mère-enfant. Même après l'accouchement, l'enfant et le père sont présentés l'un à l'autre par l'intermédiaire d'une tierce personne, souvent la mère (Raphael-Leff, 1991). Cette « danse » triadique constitue un aspect incontournable de l'expérience des pères en lien avec leur enfant lors de la période périnatale.

### **BESOINS DES PÈRES ET PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME**

Comment les principaux besoins des pères lors de la période périnatale sont-ils considérés dans le cadre du suivi avec une sage-femme? Quels aspects du cadre de pratique de la sage-femme permettent de répondre à certains ou plusieurs de ces besoins? Des éléments de réponses à ces questions se dégagent de l'analyse des principaux modèles conceptuels qui orientent la pratique.

#### **Vision globale de la naissance**

La pratique sage-femme repose sur une vision positive et holistique de la grossesse, de l'accouchement et de la présence d'un enfant dans la vie de la mère et du

père. Dans sa relation avec les parents, elle offre aux parents un contexte qui leur permet d'explorer de manière large, dense et nuancée l'expérience qu'ils ont de la maternité et de la paternité. Elle leur fournit des balises normatives et des points de repère diversifiés leur permettant de mieux comprendre leurs attentes, leurs émotions et leurs réactions physiologiques et psychologiques au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Dans le cas des pères, on peut supposer que cela constitue une formidable occasion de plonger à l'intérieur d'eux et d'explorer un univers qui leur est inconnu. La sage-femme a le potentiel de représenter un ancrage à partir duquel le père organise son expérience de la paternité et valide celle-ci. La pratique sage-femme repose étroitement sur une forme particulière de continuité dans les soins périnataux. Il s'agit d'une continuité relationnelle où elle se rend disponible et s'engage dans une relation privilégiée avec les parents (Guilliland et Pairman, 1994). L'ancrage que la sage-femme offre au père se déploie et se développe dans le temps. Pour le père, cela peut faciliter l'établissement de ponts entre les différents moments et contextes de sa vie qui sont touchés par l'arrivée de l'enfant.

### **La naissance, une question familiale**

En considérant la naissance comme un événement familial, la sage-femme inclut explicitement le père ou le partenaire de la mère. Elle considère que cet homme est tout aussi immergé dans la situation périnatale que l'est la mère et que cette immersion influence directement son développement personnel. Même si le père joue un rôle tangible dans le soutien à la mère, sa présence n'est pas uniquement structurée par ce

rôle. Le père est vu comme ayant aussi un rôle important à jouer auprès du nouveau-né et des autres enfants de la famille. De plus, le père ressent des besoins et a des attentes qui alimentent sa relation à la mère, au bébé et à la sage-femme. Cette dernière représente donc une « gardienne » ou une « sentinelle » qui veille au bien-être (bien naître!) de chacune des personnes impliquées dans la naissance (Lynch, 2005).

### **Centration sur la mère**

L'approche centrée sur la mère de la part de la sage-femme peut être considérée comme un cadre de référence permettant au père de se mobiliser en fonction du bien-être de sa conjointe. Cette mobilisation ne se restreint pas à un rôle instrumental (rôle de « coach »). La sage-femme facilite la façon dont le père porte attention à la mère : reconnaissance des besoins de celle-ci, ses attentes et ses capacités physiques et psychologiques. Le père peut donc acquérir une connaissance plus globale de sa conjointe. C'est sur cette connaissance et cette attitude centrée sur la mère que repose le sentiment de compétence et d'utilité du père lors de la période périnatale. La sage-femme encourage la participation du père dans l'appropriation des informations pertinentes à la grossesse, l'accouchement et l'accueil du nouveau-né. Elle soutient également l'établissement de priorités personnelles et familiales de même que la prise de décision qui s'y rattache. Elle offre ainsi un encadrement qui est susceptible d'aider le père (tout autant que la mère) à être actif et à se sentir partie prenante de la naissance.

La centration sur la mère permet également au père de mieux comprendre la contribution spécifique qu'il peut jouer auprès de la mère. La sage-femme offre un



contexte qui favorise l'établissement et le maintien d'une alliance parentale, c'est-à-dire que la mère et le père se constituent en équipe pour aborder les tâches découlant de la grossesse, de l'accouchement et des soins à l'enfant. Dans ce contexte, la sage-femme tente de faire le pont entre les parents et le bébé. Ainsi, elle invite le père à développer une connaissance plus nuancée de son enfant (à naître ou nouveau-né) et de sa relation avec lui. Elle fournit au père un soutien à l'établissement et au développement précoce de sa sensibilité à l'égard des besoins et des caractéristiques personnelles de son enfant.

### **« Être avec » le père**

La présence de la sage-femme est conceptualisée principalement en relation avec la mère. Toutefois, les modèles de pratique sage-femme laissent entendre que cette attitude s'étend aussi aux autres membres de la famille, dont le père. Cela implique donc que la sage-femme se préoccupe de connaître le père dans ce qu'il a d'unique et qu'elle accorde du temps pour écouter ses préoccupations, répondre à ses questions, s'informer de ses projets, lui fournir des informations et des explications et le rassurer sur le processus de la grossesse et de l'accouchement, sur l'état du bébé et aussi sur lui-même. Néanmoins, soulignons que ce rôle auprès du père n'est pas explicite. D'ailleurs, certaines études récentes montrent que, si les sages-femmes réussissent mieux que les obstétriciens à « être avec » les pères, ceux-ci sentent malgré tout un écart significatif entre la présence à eux et la présence à leur conjointe (Olsson et Jansson, 2001; Singh et Newburn, 2003). Il semble donc que la « sage-femme en tant que profession » (*midwifery*) ait commencé à ébaucher une réflexion sur la présence au père. Cette

réflexion repose notamment sur un écart entre des observations sur le terrain et un postulat implicite « d'être avec les hommes » lors de la période périnatale. Dans le cadre de la conceptualisation de la pratique, cela signifie l'introduction de ce qui pourrait s'appeler la « division/partage de l'attention et de la présence » de la sage-femme dans sa relation à la mère, au père et au bébé. Actuellement, nous n'avons repéré aucune étude qui aborde la pratique sage-femme sous l'angle des défis que cet aspect central pose à la profession.

## CONCLUSION

Cet article visait à décrire les principes de soutien psychosocial des sages-femmes envers les pères et à faire des liens avec les besoins que peuvent ressentir ces derniers lors de la période périnatale. Même si le sujet des pères est peu abordé de manière directe dans la documentation professionnelle et scientifique qui touche la profession sage-femme, il a été possible de mettre en évidence que ce sujet n'est pas périphérique à la réflexion des sages-femmes. Plus spécifiquement, il a été possible de montrer que le suivi par une sage-femme constitue un cadre de réponses sensibles aux besoins psychosociaux des pères.

Toutefois, ce travail a également mis en relief le fait que le père est *implicitement* un objet d'attention à l'intérieur des cadres de pratique de la profession. Évidemment, ce statut implicite du père peut entraîner ou autoriser de grandes variations dans la pratique individuelle de chaque sage-femme envers les pères, ce qui est probablement moins le cas pour la pratique envers les mères. Le lien entre la profession sage-femme « en théorie »

ou « en principe » et la pratique effective sur le terrain en ce qui a trait aux pères demeure peu articulé et, par conséquent, peut être plus facilement soumis aux interférences provenant des caractéristiques personnelles des sages-femmes ou des pères et des caractéristiques organisationnelles des soins et des services.

Cet article nous invite à aller plus loin. Il repose essentiellement sur une analyse conceptuelle des principes généraux de pratique à l'intérieur de la profession sage-femme et des besoins généraux des pères lors de la période périnatale. Les données empiriques sur le rapport entre la sage-femme et le père sont, en effet, extrêmement lacunaires dans les documentations professionnelles et scientifiques. Notre travail permet cependant de défricher ce champ d'études et de mettre en évidence certaines pistes pour la pratique et la recherche.

D'une part, sur le plan de la pratique sage-femme, le présent travail offre aux sages-femmes un cadre réflexif individuel et collectif afin de « penser » leur rapport au père de manière plus explicite et nuancée. Par exemple, le défi soulevé ici face au partage de l'attention (« être avec ») de la sage-femme entre la mère et le père peut servir de point de départ à une pratique réflexive sur la place des hommes dans les maisons de naissance en général, mais, plus spécifiquement, lors des consultations pré et postnatales (à la maison de naissance ou à domicile), lors de l'accouchement (en maison de naissance, à domicile ou en centre hospitalier) et lors des rencontres de groupe de parents. Les idées soulevées dans cet article sont également pertinentes pour la formation des sages-femmes.

D'autre part, sur le plan de la recherche, cet article suggère qu'il s'avère important de faire des efforts considérables pour décrire non pas uniquement les principes de pratique, mais également les *processus de pratiques* ayant cours au sein de la profession sage-femme. Il s'inscrit dans un courant qui considère qu'une description des processus de la pratique sage-femme est essentielle à la construction du cadre de référence de la profession sage-femme (Cragin, 2004). Plusieurs chercheuses sages-femmes ciblent comme priorité la description des processus de soins en lien avec différents contextes culturels et nationaux (Lynch, 2005 ; Raisler, 2000 ; Renfrew, Raisler, Kennedy et Mudokwenyu, 2003). Toutefois, nulle part il n'est fait explicitement référence au père comme objet pour l'étude de ces processus. Cet article constitue probablement une première nomenclature ou un premier état de la question de la pratique sage-femme envers les pères. Il permet de définir au moins trois champs d'investigation qui mériteraient d'être développés. Le premier repose sur l'étude des perceptions et représentations des sages-femmes sur leur propre pratique envers les pères. Le second se centre sur l'étude des perceptions et représentations des pères sur l'expérience qu'ils vivent auprès d'une sage-femme. Le troisième s'appuie sur l'étude des interactions entre le père et la sage-femme dans divers moments et lieux où ils se rencontrent.

## RÉFÉRENCES

- Beardshaw, T. (2001). Supporting the role of fathers around the time of birth. *MIDIRS Midwifery Digest*, 11(4), 476-479.
- Beaton, J. et Gupton A. (1990). Childbirth expectation: a qualitative analysis. *Midwifery*, 6, 133-139.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E. et Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12, 11-15.
- Bertsch, T. D., Nagashima-Whalen, L., Dykeman, S., Kennell, J.H. et McGrath, S. (1990). Labour support by first time fathers: direct observations with a comparison to experienced doulas. *Journal of Psychosomatics, Obstetrics, and Gynaecology*, 11, 251-260.
- Blais, R. (2002). Are home births safe ? *Canadian Medical Association Journal*, 166(3), 335-336.
- Bouffard, M. et Grégoire, L. (1997). *Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maison de naissance*. Québec : éditeur Groupe Maman (Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement naturel).
- Brabant, I. (2001). *Une naissance heureuse*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Brazelton, T. B. et Cramer, B. G. (1990). *The Earliest Relationship: Parents, infants, and the drama of early attachment*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Bronfenbrenner, U. et Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Éd.), *Handbook of Child Psychology*, (p. 993-1028). 5<sup>th</sup> edition, Volume 1, New York: Wiley.
- Burst, H. (1990). Real midwifery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35(4), 189-191.
- Chapman, L. L. (1992). Expectant fathers' roles during labour and birth. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing*, 21(2), 114-120.
- Cragin, L. (2004). The theoretical basis for nursing-midwifery practice in the United States: A critical analysis of three theories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 381-389.

- David, M., von Schwarzenfeld, H. K., Dimer, J.A. et Kentenich, H. (1999). Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 65, 149-156.
- Dayan, J. (1998a). *Attendre un enfant : Aléas, drames et vicissitudes*. Ramonville: Erès.
- Dayan, J. (1998b). *Attendre un enfant : Désirs et représentations*. Ramonville: Erès.
- de Montigny, F. et Lacharité, C. (2002). Les perceptions de parents primipares des moments critiques du premier 48-72 heures postnatales : Une analyse par la technique de l'incident critique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 57-78.
- de Montigny, F. et Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartum period: what we need to know. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 33, 328-339.
- De Ridder, G., Ceroux, B., et Bigot, S. (2004). Le projet d'implication paternelle à l'épreuve de la première année. *Recherche et Prévisions*, 76, 39-51.
- Deslauriers, J. M. (2002). L'évolution du rôle du père au Québec. *Revue Intervention*, 116, 52-61.
- Dickson, N. (1996). A theory of caring for midwifery. *Australian College of Midwives Incorporated Journal*, 9(2), 20-24.
- Dowd, N. E. (2000). *Redefining fatherhood*. New York: New York University Press.
- Draper, J. (1997). Whose welfare in the labour room ? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*, 13(3), 132-138.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes... Aussi*. Montréal : VLB.
- Edwards, N. P. (2000). Women planning homebirths: their own views on their relationships with midwives. In M. Kirkham (Éd.), *The Midwife-Mother Relationship*. Londres: Macmillan, p 55-91.
- Ehrenreich, B. et English, D. (1976). *Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes et de la médecine*. Montréal : Éditions du Remue-Ménage.
- Finnbogadottir, H., Svalenius, E. C. et Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19, 96-105.
- Flint, C., Poulengeris, P. et Grant, A. (1989). The "Know your Midwife" scheme: a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*, 5(1), 11-16.

- Furstenberg, F. F. Jr. (1988). Good dads-Bad dads: two faces of fatherhood. In A. J. Cherlin (Éd.). *The Changing American Family and Public Policy* (p. 193-218). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Guilliland, K. et Pairman, S. (1994). The midwifery partnership: a model of practice. *New Zealand College of Midwives Journal*, 11, 5-9.
- Hawkins, M. et Knox, S. (2003). Les sages-femmes continuent de faire face à de nombreux défis, la sage-femmerie au Canada se définit peu à peu. Réseau canadien pour la santé des femmes, *Revue réseau*, 6(2-3), Récupéré le 20 août 2005 de <http://www.cwhn.ca/network-reseau>.
- Hunter, L. (2002). Being with women: a guiding concept for the care of labouring women. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 55-69.
- Hunter, L. (2003). An interpretative exploration of meaning of being with women during birth for midwives. Unpublished doctoral dissertation, University of San Diego, Hahn School of Nursing and Health Science.
- Kennedy, H. P. (1995). The essence of nurse-midwifery care: The woman's story. *Journal of Nurse Midwifery*, 40(5), 410-417.
- Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: Results of a Delphi study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45, 4-19.
- Kennedy, H. P., Rousseau, A. L. et Low, L. K. (2003). An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery*, 19(3), 203-214.
- Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U. et Kravetz, K. (2004). The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 14-23.
- Kitzinger, S. (1991). Childbirth and society. In I. Chalmers, M. Enkin et M. Kierse (Éds.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (p. 99-109). Oxford: Oxford University Press.
- Lacharité, C. (2004). La paternité: enjeux sociaux pour les psychologues. *Psychologie Québec, Mars*, 28-31.
- Lacharité, C., Mailhot, L., Boilard, H. et Déziel, N. (2004). L'accompagnement à la naissance : une forme de soutien efficace pour promouvoir l'adaptation parentale des pères et des mères lors de la période postnatale. In C. Lacharité et G. Pronovost. (Éds.), *Comprendre la famille*, (vol. 7, p.31-52). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Laforce, H. (1986). L'accouchement traditionnel : d'hier à aujourd'hui. In F. Saillant et M. O'Neil (Éds.), *Accoucher autrement* (p. 31-37). Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Le Bossé, Y. et Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés: une autre façon d'intervenir. In Dufort, F. et Guay, J. (Éds.), *Agir au cœur des communautés: l'intervenant comme agent de changement social* (p. 75-115). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Lehrman, E-J. (1988). *A theoretical framework for nurse-midwifery practice*. Tucson (AZ): University of Arizona.
- Lynch, B. (2005). Midwifery in the 21<sup>st</sup> Century: the politics of economics, medicine, and health. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(1), 3-7.
- MacDorman, M. F. et Singh, G. K. (1998). Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *Journal Epidemiology & Community Health*, 52, 310-317.
- Midmer, D. K. (1992). Does family-centered maternity care empower women? The development of the woman-centered childbirth model. *Family Medecine*, 24(3), 216-221.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1997). *Projets-pilotes sages-femmes : Rapport final et recommandations*. Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2005). Compilations produites par le service de la surveillance de l'état de santé, direction générale de la santé publique, juillet.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Projet de politique de périnatalité. Document de travail* (version 18 avril 2006).
- Olsson, P. et Jansson, L. (2001). Patterns in midwives' and expectant/new parents' ways of relating to each other in ante- and postnatal consultations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 113-122.
- Quéniaert, A. (1999). Émancipation ou désencrage social: deux représentations de la rupture parentale chez les pères n'ayant plus de contacts avec leur enfant. *Déviance et société*, 23(1), 91-104.
- Raisler, J. (2000). What questions are being asked? What lessons have been learned? *Journal Midwifery Women's Health*, 45, 20-36.



- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. London: Chapman et Hall.
- Reed, R. (2005). *Birth Fathers: The transformation of men in American rites of birth*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Regroupement Les Sages-Femmes du Québec. (2006). *Les enjeux de l'intégration des sages-femmes: s'intégrer sans se désintégrer*. Actes du colloque, mars, Montréal.
- Renfrew, M. J., Raisler, J., Kennedy, H. et Mudokwenyu-Rawdon, C. (2003). Conducting international research in midwifery: a workshop held at the ICM Congress, Vienna April 2002. *Midwifery*, 19, 170-173.
- Rooks, J. P. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(4), 370-374.
- Rooks, J. P., Weatherby, N. L., Ernst, E. K., Stapleton, S., Rosen, D. et Rosenfield, A. (1989). Outcomes of care in Birth Centers. The National Birth Center study. *New England Journal Medical*, 321(26), 1804-1811.
- Rotundo, E. A. (1993). *American Manhood*. New York: Basis Books.
- Santo, L. C. E. et Bonilha, A. L. L. (2000). Expectations, feelings and experiences of the father during the delivery and birth of his baby. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 21(2), 87-109.
- Singh, D. et Newburn, M. (2003). What men think of midwives. *Midwives*, 6 (2), 70-74.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York : BasicBooks.
- Stern, D. et Bruschweiler-Stern, N. (1998). *The Birth of a Mother: How the motherhood experience changes you forever*. New York: Basic Books.
- Thompson, J. (2004). A human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 175-181.
- Thompson, J., Oakley, D., Burke, M., Jay, S. et Conklin, M. (1989). Theory building in nurse-midwifery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 34, 120-130.
- Thomson, A. (2003). Are midwives and obstetricians interchangeable? *Midwifery*, 19, 161-162.
- Thomson, A. (2004). Politics, normal birth and midwifery. *Midwifery*, 20, 215-216.
- Thorstenes, K. (2000). Trusting women: Essential to midwifery. *Journal of Midwifery*

*and Women's Health*, 45(5), 405-407.

Vehviläinen-Julkunen, K. et Liukkonen, A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*, 14, 10-17.

Viossat, P. et Pons, J. C. (2001). Maisons de naissance: revue de la littérature. *Journal de gynécologie, d'obstétrique et de biologie de la reproduction*, 30, 680-687.

Wilkins, R. (2000). Poor relations: the paucity of the professional paradigm. In M. Kirkham (Éd.), *The Midwife-Mother Relationship* (p 28-54). Londres: Macmillan.

### *Chapitre III*

## **LIEUX DE RENCONTRE ENTRE LA SAGE-FEMME ET LE PÈRE : DES ESPACES CO-CONSTRUITS**

### **Résumé**

Nous disposons actuellement de peu de descriptions formelles de la pratique québécoise et peu d'études dans ce champ de pratique se sont intéressées à porter un regard sur les pères. Celui-ci peut-être examiné sous trois angles : l'homme, le conjoint de cette femme et le père de cet enfant. Quelle place l'homme, le père a-t-il dans la pratique et dans le discours des sages-femmes québécoises ?

Indépendamment de l'angle sous lequel la sage-femme oriente son regard, celle-ci le situe dans un continuum relationnel et un continuum temporel. Plutôt que de parler de la place du père à un moment donné d'une étape de vie ou du cycle familial, nous parlerons des espaces qui se dessinent autour de lui et avec lui. Il y a co-construction d'espace mettant en action et en réflexion la mère, le père et la sage-femme.

Mots-clés : Pères, sages-femmes, périnatalité, analyse des pratiques, modèle de soins

Article traduit en anglais à être soumis à la revue *Midwifery*

## **Introduction**

Les sociétés occidentales contemporaines ont permis aux hommes de participer à la période périnatale s'étendant de la planification des naissances (la contraception), la préparation à la conception, la gestation de l'enfant, l'accouchement, la période postnatale immédiate (premiers jours après l'accouchement) à la période postnatale étendue (environ 6 à 12 semaines après l'accouchement). Relativement récente, cette introduction des hommes dans ce monde de la naissance a été suscitée par une interaction d'au moins trois facteurs. Premièrement, la professionnalisation du soutien lors de la période périnatale a entraîné le déplacement du lieu d'accouchement de la maison vers le centre hospitalier, ainsi que la définition du soutien à la mère et l'enfant lors de la période périnatale comme étant essentiellement une question de soins et de services. Deuxièmement, l'exclusion des sources informelles de soutien lors de l'accouchement, en particulier le soutien des autres femmes de l'entourage des mères, combiné au déplacement du lieu de naissance, a provoqué la solitude et l'isolement des femmes qui accouchent dans un lieu non familial, et ce, à un moment de grande vulnérabilité personnelle. Troisièmement, en raison de la centration sur le père en tant que figure exclusive de soutien informel lors de l'accouchement et de la nucléarisation des familles, le père a été invité à jouer un rôle soutien de plus en plus grand auprès de sa conjointe lors de la grossesse et de l'accouchement (Lacharité, Mailhot, Boilard et Déziel, 2004). La paternité, en tant que phénomène psychologique, social et culturel devient sujet d'analyse depuis les trente dernières années, démontrant que ce phénomène suit une

trajectoire de transformation sociohistorique étrangement semblable à celle de la maternité au cours de la moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Lacharité (2004) définit cette trajectoire autour de trois axes : 1) le développement de connaissances et de savoirs professionnels et scientifiques sur la paternité; 2) l'élaboration de politiques et de pratiques sociales ciblant spécifiquement la paternité; et 3) la reconnaissance et la mise en évidence de l'expérience subjective vécue par les pères.

En fait, donner naissance n'est plus considéré comme seulement une affaire de femmes, c'est toute une famille qui est concernée et les hommes sont encouragés à prendre une part active à cette expérience (Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen, 1998). Dans plusieurs sociétés et cultures, la naissance est un rite de passage important pour le développement de la conscience chez la femme qui devient mère et est également significative pour le père, la famille élargie et toute la communauté (Kitzinger, 1991). Dans les périodes prénatale et postnatale, le père est considéré un soutien pour sa conjointe, mais la naissance de son enfant est, en elle-même, un événement qui fait partie de sa propre expérience, celle-ci étant unique et différente à chaque grossesse et à chaque naissance. Pour les deux parents, la présence du père à la naissance a été reconnue par plusieurs auteurs comme un point saillant dans un cheminement de vie. Et, par conséquent, cette présence à l'accouchement constitue donc un élément significatif dans le processus de la paternité. Ne subissant pas de transformations radicales de son corps et ne vivant pas d'importants changements dans ses relations sociales au cours de la gestation, comme c'est le cas pour la femme, l'ancrage précoce de l'identité paternelle de l'homme occidental s'effectue particulièrement en lien avec sa présence à

l'accouchement (Raphael-Leff, 1991). Comme le souligne aussi Quénart (1999), le sentiment paternel peut prendre place autour de la naissance contrairement au sentiment maternel. Ainsi, la présence et la participation des hommes à l'accouchement, et par extension lors de la grossesse, sont devenues des éléments significatifs dans le processus de construction individuelle de la paternité. L'expérience des pères lors de cette période périnatale met en relief quatre formes de besoins : 1) le besoin de disposer d'espace et de temps pour exprimer leurs attentes, leurs désirs, leurs émotions, leurs aspirations, leurs préoccupations et leurs craintes; 2) le besoin de se sentir soutenu face aux défis personnels qu'ils rencontrent; 3) le besoin de se sentir utile et compétent; et 4) le besoin de créer un lien précoce avec leur enfant (Baker, Miron, de Montigny, et Boilard, sous presse).

En tenant compte des perspectives de développement de la paternité et des besoins des pères, tout en faisant ici référence à un événement qui marque l'entrée des hommes dans ce phénomène de la paternité, soit la naissance d'un enfant, il nous a semblé pertinent et novateur d'examiner leur trajectoire sous l'angle de la pratique des sages-femmes qui, généralement, est définie en termes de centration sur la mère. Toutefois, les travaux de Kennedy (2000) et ses collaborateurs (2004) laissent entendre que cette centration s'étend aussi aux autres membres de la famille et par ricochet au père. Cela laisse supposer que la sage-femme se préoccupe aussi de connaître le père dans ce qu'il a d'unique et de spécifique, qu'elle accorde du temps pour écouter ses préoccupations, répondre à ses questions, s'informer de ses projets personnels, lui fournir des informations et des explications et le rassurer sur le processus de la grossesse et de

l'accouchement, sur l'état du bébé et aussi sur lui-même. Néanmoins, il est important de souligner que ce rôle de la sage-femme auprès du père n'est pas explicite. Certaines recherches récentes montrent que, si les sages-femmes réussissent mieux que les obstétriciens à « être avec » les pères, ceux-ci sentent malgré tout un écart significatif entre la présence à leur conjointe et la présence à eux-mêmes. (Olsson et Jansson, 2001; Singh et Newburn, 2003). Il semble donc que les sages-femmes, en tant que groupe professionnel, aient commencé à ébaucher une réflexion sur leur présence auprès des pères. Baker et ses collaborateurs (sous presse) rapportent que cette réflexion repose notamment sur un écart entre des observations sur le terrain et un postulat implicite « d'être avec les hommes » lors de la période périnatale. Dans le cadre de la conceptualisation de la pratique, cela signifie l'introduction de ce qui pourrait s'appeler la « division/partage de l'attention et de la présence » de la sage-femme dans sa relation à la mère, au père et au bébé. À ce jour, nous n'avons repéré aucune étude qui aborde la pratique des sages-femmes sous l'angle des défis que cet aspect, pourtant central, pose à la profession.

La présente étude s'inscrit dans une perspective de recherche qualitative et pose un regard contextualisé sur la pratique des sages-femmes envers les hommes, lors de la période périnatale, en maisons de naissance. Notons que cette profession est légalisée au Québec depuis moins de 10 ans. Pourtant présente dans une tradition d'entraide où les sages-femmes avaient une place au sein des petites communautés, cette profession — et non les sages-femmes elles-mêmes — fut évincée du monde médical pour une certaine période. (Laforce, 1986). Des revendications des femmes et des hommes au début des



années '80 ont porté sur une diminution des interventions de routine, la continuité des soins, les chambres de naissances, la légalisation de la profession sage-femme et la création de maisons de naissance. Ce discours réclamant l'humanisation des soins en périnatalité (Brabant, 2001) a influencé la mise en place de projets pilotes de maisons de naissance (1994-1998) permettant ainsi d'évaluer les services sages-femmes et par la suite, d'intégrer ces mêmes services au réseau de la santé (MSSS, 1997).

La pertinence de ce regard relève de l'intérêt social et scientifique que suscitent les pères et leur engagement auprès de leur enfant et de l'intérêt manifesté envers l'expérience subjective de ceux-ci. Il s'agit de répondre à la question : « quelles sont les représentations des sages-femmes de leur pratique envers les pères ? ». L'objectif principal de cette étude est donc de décrire la pratique des sages-femmes envers les pères, du point de vue des sages-femmes elles-mêmes et d'inscrire cette description dans une démarche plus large de modélisation ou de conceptualisation de leur pratique.

## **Méthode**

Au Québec, la pratique des sages-femmes est encadrée par la Loi des sages-femmes qui prévoit trois lieux de naissance : la maison de naissance, le domicile et l'accouchement en centre hospitalier. Toutefois, les maisons de naissance sont le principal lieu de pratique actuel des sages-femmes. Toutefois, plusieurs régions du Québec n'offrent pas encore cette possibilité aux familles malgré des demandes de plus en plus pressantes des parents. Il devient important de situer la pratique des sages-

femmes dans un contexte qui permet de décrire son essence, ces différents concepts et particulièrement à l'égard des pères, puisque ces derniers ne font pas explicitement partie des modèles de pratique. Une approche qualitative permet cette perspective des sages-femmes sur leurs représentations de leur pratique.

### **Milieu**

Les milieux participants sont six maisons de naissance situées dans autant de régions administratives dans la province de Québec au Canada<sup>4</sup>. Le Québec compte 7 000 000 d'habitants avec environ 80 000 naissances par année. Les maisons de naissance sont intégrées aux centres de services de santé et services sociaux et les services de sages-femmes sont couverts par l'assurance maladie. Ces maisons sont gérées par les sages-femmes elles-mêmes qui, sur le plan professionnel, ont une pratique autonome depuis 1999. Ces maisons accueillent chacune de 200 à 300 naissances par année pour un total annuel d'environ 1200 à 1300 naissances. Environ 1,5 % des naissances, dans la province de Québec, sont accompagnées par une sage-femme. Les objectifs en santé publique sont d'augmenter cette proportion à 10 % au cours des dix prochaines années (MSSS, 2006).

### **Approche**

Afin de bien comprendre l'expérience subjective des sages-femmes, de situer leurs interventions dans un contexte socioprofessionnel particulier et de tenir compte des conditions objectives de pratique, il s'avère judicieux d'inscrire cette étude dans une

---

<sup>4</sup> Appendice G : lettre d'acceptation du comité d'éthique

démarche qualitative. Cette approche privilégie l'observation, l'exploration et la découverte du sens d'un phénomène social en milieu naturel et permet de connaître les personnes telles qu'elles évoluent dans leur milieu. Denzin et Lincoln (1994) mentionnent que la démarche qualitative facilite l'étude des phénomènes à leur état naturel et permet d'interpréter ceux-ci dans leur contexte tant social, culturel qu'historique. La présente étude est une démarche discursive de reformulation, d'explication et de modélisation d'un témoignage et d'une expérience (Paillé et Mucchielli, 2003).

### **Participants et recrutement**

Les sages-femmes participantes assurent des suivis complets et continus (pré, per et postnatal) en maisons de naissance auprès de femmes ayant une grossesse « normale ». Les sages-femmes ciblées<sup>5</sup> forment un échantillon de convenance et ont été recrutées directement par la chercheuse principale. Les critères d'inclusion sont les suivants : 1) parler couramment le français; 2) être inscrite à l'Ordre des sages-femmes du Québec; 3) posséder plus d'un an d'expérience en maisons de naissance. De plus, le recrutement se base aussi sur des choix raisonnés visant à obtenir une diversité dans a) le nombre d'années d'expérience; b) le lieu et l'origine de la formation de base et c) les lieux où elles ont exercé leur profession (maisons de naissance, domicile et centre hospitalier). Vingt-trois sages-femmes répondant à ces critères ont accepté l'invitation à participer et celles-ci ont une pratique actuelle principalement en maisons de naissance. Ce groupe représente environ le tiers de toutes les sages-femmes pratiquant en maisons de naissance

---

<sup>5</sup> Appendice H : formulaire de consentement pour les sages-femmes

au Québec. Un questionnaire de renseignements généraux<sup>6</sup> permet d'établir le profil professionnel de chacune des sages-femmes : trois sages-femmes ont moins de cinq ans d'expérience, 20 ont plus de 15 ans d'expérience. 50 % d'entre elles sont diplômées à l'international, 36 % d'entre elles sont autodidactes et 14 % sont diplômées de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

### **Collecte de données**

Les entretiens<sup>7</sup>, d'une durée d'environ 90 minutes, ont été enregistrés et le verbatim retranscrit. Les sages-femmes ont été rencontrées dans leur milieu de travail ou à leur domicile.

L'entretien passe du général au particulier, du contexte à l'événement et du lieu commun au thème précis. L'entretien cible de prime abord la conception personnelle que les sages-femmes ont de leur profession. Les sages-femmes sont alors amenées à réfléchir et à s'exprimer sur leur relation avec le père : ce père, qui est-il, quel est son rôle et quelle est la nature de sa présence lors de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal. Ces informations sont recueillies à travers la description spécifique d'une première consultation, de l'accouchement et de la visite postnatale. Les sages-femmes doivent mettre en relief leur relation au père en faisant un parallèle avec leur relation avec la mère. Tous les entretiens sont ponctués d'exemples et d'anecdotes afin d'illustrer leur pratique professionnelle. L'entretien interroge également les sages-femmes sur leur formation en regard de l'intervention avec les pères et sur la façon dont elles enseignent

---

<sup>6</sup> Appendice I : formulaire de renseignements généraux

<sup>7</sup> Appendice J : guide d'entretien avec les sages-femmes

aux futures sages-femmes en tant que préceptrices dans un cursus de formation. En résumé, les entretiens de type semi-structuré ont permis aux sages-femmes de décrire leur conception 1) de leur profession et de leur pratique 2) du père, 3) de leur relation avec le père et 4) de leur formation en lien avec leur pratique envers les pères. De ces quatre volets, le présent article cible particulièrement les données concernant leur conception du père et de la relation de la sage-femme au père. Les données des autres volets viennent corroborer et nuancer l'interprétation.

### **Analyse des données**

Le corpus des entretiens est analysé selon une analyse thématique, celle-ci s'effectuant selon deux opérations : la thématisation et l'examen discursif (Paillé, 1996; Paillé et Mucchielli, 2003). La thématisation permet de mettre en relief les éléments importants de l'expérience des sages-femmes de leur pratique envers les pères, à partir de différents extraits des entretiens<sup>8</sup>. Cette opération, mettant à profit la sensibilité générale et théorique des chercheurs, permet de comprendre le point de vue des sages-femmes en dégagant des lignes directrices permettant d'exploiter les questions de recherche retenues. Le modèle proposé par Kennedy (2000) sert de référence et de lieu de compréhension de la pratique sage-femme. Cet exercice introduit un examen discursif des thèmes et des extraits correspondants permettant de les confronter, les interroger et les interpréter. Il est à noter que le discours des sages-femmes est souvent à caractère métaphorique. Aussi exploiterons-nous cette caractéristique dans la forme de notre

---

<sup>8</sup> Dans un souci de confidentialité, les noms des participantes sont fictifs

analyse du rapport des sages-femmes aux pères. Pour cet exercice, nous n'avons pas utilisé de logiciels d'analyse.

## **Résultats**

Les résultats nous permettent d'explorer deux niveaux de représentations des sages-femmes. Premièrement, celles des pères qu'elles rencontrent. Globalement, les sages femmes ont une représentation des pères qui est positive et articulée autour de quatre dimensions : le père est considéré comme une personne; d'autre part, il est vu comme l'homme-conjoint de la femme, comme le membre d'un couple et enfin, il est vu comme un membre d'une famille. Deuxièmement, les sages-femmes se représentent leur pratique en termes d'espace. Ceux-ci se distinguent sous trois formes : l'espace père, l'espace couple et l'espace naissance. Ces espaces forment une co-construction de la part des sages-femmes et des pères.

### **Représentations des sages-femmes des pères qu'elles rencontrent**

#### **Le père comme une personne**

A priori, les sages-femmes reconnaissent le père comme une personne unique ayant des besoins physiques et émotifs, des aspirations et des attentes, « *il a sa propre énergie* ». Elles soulignent toutefois que ces aspects sont peu exprimés spontanément par les pères lors du suivi de grossesse et de l'accouchement. Elles mentionnent qu'elles doivent formuler des questions, demander leur avis et les solliciter de manière

active. Malgré cette attitude réservée des pères, pour les sages-femmes, ce dernier fait partie intégrante du suivi et de l'accouchement.

### **Le père conjoint de la femme**

Les sages-femmes mentionnent que la présence du père est totalement reliée à la présence de la mère. Il n'y a pas d'hommes dans le bureau de la sage-femme s'il n'y a pas de femmes enceintes. Dans cette perspective, le père occupe un espace qui est inclus et chevauche celui de la mère. Conséquemment, en lien avec le rôle que les sages-femmes s'attribuent, une mère peut exister sans qu'elles sentent avoir une responsabilité professionnelle explicite envers le père (par exemple, dans le cas d'une mère seule). Néanmoins, chaque fois qu'elles évoquent leur rapport au père, celui-ci s'inscrit constamment dans le rapport social et le rapport de soins qu'elles entretiennent avec la mère. En d'autres termes, si un père est en lien avec les sages-femmes, c'est qu'il est en premier lieu le partenaire d'une femme, avant même de devenir ou d'être un père. C'est donc la mère qui donne une légitimité à la présence du père auprès des sages-femmes.

*«Le père a le sens qu'il a pour elle et non pas pour moi. Il est important pour moi de la même manière qu'il est important pour elle» Rose*

Lorsque le père est considéré comme le conjoint de la femme, les sages-femmes travaillent en fonction de l'intimité que cet homme a créée avec cette femme et c'est sur cette base que certaines sages-femmes vont lui dire que personne n'est mieux placé que lui pour la comprendre.

*« Cet homme a été choisi par cette femme, identifié par elle, et même si je ne l'aime pas, je vais passer par-dessus cela et faire en sorte qu'il ait sa place dans la famille »* Lorraine

### **Le père membre du couple**

Plusieurs sages-femmes conçoivent le couple comme une entité à l'intérieur du processus de la naissance. L'espace est alors occupé par le couple et non plus par chacune des personnes prises séparément. Le père est avant tout identifié par la mère comme une personne significative dans sa vie, c'est d'ailleurs elle qui le présente à la sage-femme. Celui-ci transite donc par la mère pour arriver à la sage-femme.

Le père en tant que membre d'un couple prend toute sa signification à l'accouchement. Plusieurs sages-femmes portent une attention particulière à la dimension affective dans la relation entre l'homme et la femme. Cette dimension affective de la relation conjugale est conçue, par les sages-femmes, comme un élément de soutien autant pour la mère que pour le père.

*« Le père ou le partenaire est l'élément essentiel dans l'accouchement pour la conjointe. C'est l'élément le plus intime auprès d'elle. C'est ce que j'explique souvent au père : « C'est toi qui la connais bien, tu peux m'aider à l'aider »* Carolane

*Comme si la sage-femme parlait directement au père : « Moi, je ne la connais pas comme toi. Toi, tu es le meilleur pour l'accompagner. Tu as les mains d'amour, tu as les mots d'amour. Prends-la ta place. Je ne veux pas la prendre cette place »* Mireille



### **Le père membre d'une famille**

Le père occupe donc un espace à l'intérieur d'une pratique qui se définit principalement en fonction de la mère. Dans la description de leur pratique, les sages-femmes considèrent que la mère est la porte d'entrée sur l'ensemble de la famille (incluant le père) et elles subordonnent une approche familiale à une approche centrée sur la mère et le bébé. Cette dernière approche est conceptualisée de manière globale et non fractionnée en direction des personnes et des soins. Il y a, chez la plupart des sages-femmes interviewées, un souci évident du bien-être collectif de la famille. Dans une perspective globale, elles sont préoccupées par la place que tient le père dans la vie de cette famille.

*« C'est une approche familiale parce que bon, on va essayer de s'adresser aux deux quand on parle de généralités » Rita*

Une sage-femme en particulier utilise l'expression « *le père porte la famille* ». Cette expression formule bien l'idée, évoquée par plusieurs autres sages-femmes, que le père doit faire un travail envers sa conjointe et les autres membres de sa famille qui est de même nature que le travail que la mère fait lorsqu'elle porte le bébé. Ce « portage » paternel constitue une « allégorie » conceptuelle qui oriente et donne un sens au rôle que les sages-femmes jouent auprès des pères. Comme elles conçoivent l'essence de leur rôle en termes d'accompagnement d'une femme qui porte un enfant jusqu'à son terme, elles effectuent un travail de transposition de ce rôle (des gestes, des attitudes, etc.) en direction du père. Cet aspect est abordé plus en détail dans la prochaine section.

## **Représentations des sages-femmes de leur pratique envers les pères**

Quelles que soient les représentations que les sages-femmes se font des pères qu'elles rencontrent, la notion d'espace est omniprésente dans leur discours et oriente leur pratique envers les pères. La pratique des sages-femmes est souvent décrite de manière métaphorique par des mouvements de va-et-vient vers la femme, l'homme et le bébé. Il s'agit d'une position qui se modifie selon les rythmes présents dans la famille. Ces rythmes sont le produit des expériences, vécues par la femme et l'homme, en lien avec l'attente de leur enfant, l'événement de la naissance et leur vie de famille par la suite. La « danse des espaces » est un fil conducteur de l'analyse thématique des entretiens avec les sages-femmes.

*« On va regarder comment vous pouvez danser » Mireille*

Pour mieux comprendre de quoi il s'agit, arrêtons-nous au sens de la remarque de Mireille. Notons que, de manière générale, la danse peut être un art, un rituel ou un divertissement. Elle est également une suite de mouvements ordonnés, et souvent rythmés par la musique. Initialement, la danse était un acte cérémonial et rituel. Elle exprime des idées et des émotions ou raconte une histoire. La danse se fonde sur un ensemble de mouvements ou sur une gestuelle symbolique. Il est dit que chaque peuple danse pour des motifs différents et de façon différente et que cette danse est révélatrice de leur mode de vie (Wikipédia, 2007). C'est ce que nous dit Colette:

*« Parce que ça se fait principalement avec les gens, il y a quelque chose d'important. On a beaucoup réfléchi là-dessus, pour que la danse puisse se faire » Colette*

La danse des espaces décrite par les sages-femmes prend la forme de l'espace père, l'espace couple et l'espace naissance, et de la co-construction de chacun de ces espaces. Les sages-femmes évoluent dans cette danse des espaces qui sont tantôt distinctifs, tantôt enchevêtrés. Il est intéressant de noter que l'analyse actuelle n'a pas permis de définir un espace qui ferait le lien avec le nouveau-né plus particulièrement, par exemple un « espace nouveau-né/enfant ».

### **Espace père**

D'emblée, il semble que les sages-femmes se positionnent face au couple lors de la première consultation : elles permettent (et facilitent) à chacun de mettre en relief ses besoins. L'espace du père semble prendre forme petit à petit initialement avec la mère, puis avec la sage-femme. La mère et le père sont invités à exprimer leurs besoins, leurs attentes, leurs rêves, leurs aspirations autant que leurs inquiétudes et leurs peurs. Toutefois, il semble que les besoins et les attentes du père se profilent au cours des consultations, seulement lorsque le lien de confiance s'établit.

*« Je pose une question, je la regarde elle, puis je le regarde lui. S'il ne m'a pas répondu, je lui demande : « Toi, qu'est-ce que tu en penses ? » Donc ainsi, j'essaie de créer ce type d'espace » Simone*

L'espace du père dans les consultations dépend directement de la sensibilité de la sage-femme : sa sensibilité à l'observation des messages non verbaux du père, des mots

qu'il emploie et des réactions à sa conjointe et à son bébé. Cette sensibilité s'étend également à ce que le père ne dit pas. Cette sensibilité témoigne de l'intérêt au père comme personne, mais également au père en lien avec la mère. Ce lien porte dans une certaine mesure le rythme de l'accouchement. Les sages-femmes considèrent le père comme étant une personne sensible au bien-être de l'autre : aussi plusieurs d'entre elles orientent — toutefois, certaines insistent — le père à diriger son attention et ses actions vers sa conjointe. Les consultations tant prénatales que postnatales semblent dispenser de l'information destinée autant à la mère qu'au père. Dans cette perspective et pour l'ensemble des sages-femmes, il est important que ces moments soient des temps qui facilitent une réflexion de couple et qui initient une démarche de conscientisation. On peut penser à la décision d'accoucher à domicile ou à l'organisation de la période postnatale.

*« Je sens que les hommes, dans l'espace d'un vécu d'attente d'enfant et de maternité, sont bien avec moi parce que je ne leur en impose pas. Je travaille tout simplement avec eux et au fond, ils ont vraiment le goût de savoir »* Rosalie

Ainsi se crée l'espace du père à travers des temps de réflexion, de questionnement, de mise en commun d'un savoir qui est partagé par les sages-femmes. Une sage-femme mentionne que le « *savoir libère de l'impuissance* ». En effet, plusieurs sages-femmes mentionnent que les pères dans le contexte de périnatalité (grossesse, accouchement et soins au nouveau-né) sont dans l'inconnu et particulièrement lors de la première grossesse. Plusieurs sages-femmes soulignent que les pères acquièrent une

connaissance de la grossesse en mentionnant que les pères sont moins présents aux consultations lors d'une deuxième expérience de grossesse. Il y a donc, dans l'espace des pères, du temps consacré à l'information, à la sensibilisation et enfin aux prises de conscience. Le cheminement des pères est décrit par les sages-femmes comme étant au rythme de celui-ci, mais également en parallèle au rythme de la grossesse et de l'accouchement de la femme. Le rythme de l'homme et celui de la femme semblent au moment de l'accouchement s'unir, s'entrelacer vers un même objectif : l'accueil du nouveau-né. Une sage-femme évoque ce temps comme une « *musique jouée ensemble* ».

### **Espace couple**

Pour la majorité des sages-femmes, le père a un statut d'invité, il a donc l'espace - pour ne pas dire le loisir - de choisir d'être ou non aux consultations et à l'accouchement. Dans cette invitation, le père est accueilli par plusieurs sages-femmes tel qu'il est, avec ses besoins et ses attentes, mais aussi en interrelation avec les besoins et les attentes exprimés par la femme en regard de son conjoint. La présence du père est l'accomplissement d'une invitation, et ce, autant pour l'accouchement en maison de naissance que pour l'accouchement vécu au domicile.

*« C'est sûr quand il y un accouchement à domicile, le père est invité un petit peu plus . . . un petit peu plus fort. Je voulais au moins l'avoir vu deux fois avant l'accouchement, parce que si tu ne l'as jamais rencontré, tu ne connais pas la dynamique du couple et c'est plus complexe » Aurélie*

Les sages-femmes mentionnent qu'elles apprécient et même souhaitent la présence des pères. L'une d'elles souligne que la présence du père est un élément incontournable dans la dynamique de l'attente de l'enfant. Cette sage-femme se positionne face à la présence du père, elle exprime sa propre attente de le voir là.

*« Et je leur dis pourquoi je tiens à ce que les conjoints soient là en autant qu'eux ils le désirent. Évidemment, je ne force pas le conjoint, mais je dis aux parents que je tiens à sa présence. Il est non seulement invité, mais pour moi il doit être présent si ce couple s'appelle un couple et qu'il y a de l'amour entre eux, je ne peux pas comprendre que le père ne soit pas là »*

Aurélie

Le couple est important lors de la naissance, mais également lors de la période postnatale. La plupart des sages-femmes demeurent très attentives aux signaux, verbaux et non verbaux, en provenance du couple. Plusieurs d'entre elles vont rappeler aux parents cet espace conjugal au sein d'un espace de parentalité. Elles ont une préoccupation du couple et de son intimité qui traverse le temps de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Cette attitude démontre une préoccupation envers la mère autant qu'envers le père.

*« Je n'arrête pas de leur dire : vous allez devenir parents vingt-quatre heures par jour, mais comment ne pas perdre de vue que vous étiez des amis et des amants ? Il est toujours important de ne pas perdre de vue que vous étiez des amoureux, un couple »* Maria

### Espace de la naissance

Lors de la naissance, le père prend l'espace qui lui convient, qui répond à ses attentes et ses besoins. Cependant, la plupart des sages-femmes se voient comme des facilitatrices pour trouver cet espace unique et personnel « *le père a sa propre énergie* ». Ce qui semble primordial c'est de ne pas imposer au père telle attitude, tel geste ou telle situation si ce dernier ne démontre pas une volonté ou une ouverture. Unaniment, les sages-femmes mentionnent qu'elles n'obligent jamais un père à venir au suivi de grossesse ou à assister à la naissance. Il ne s'agit pas de l'application d'un protocole. Elles s'inscrivent plutôt dans une démarche partagée d'exploration du sens de la présence du père lors des divers moments de la période périnatale.

*« Tu n'es pas obligé d'être là et d'avoir le front devant la vulve et de toucher au bébé, de recevoir le bébé et de voir le sang et tout ça. Ce n'est pas nécessairement ça une naissance. Donc, comment peux-tu être confortable ? Comment peux-tu danser toi aussi ? Je vais être avec vous dans cette aventure » Colette*

*« Je disais au père : prends cet espace là si tu as le goût, avec ton bébé juste pour l'accueillir » Mireille*

### Co-construction des espaces

L'espace périnatal occupé par le père est une co-construction du père lui-même, de la mère et de la sage-femme. Les sages-femmes décrivent leur rôle comme celui d'un guide qui amène à créer cet espace et non celui qui a un pouvoir de direction à l'intérieur de cet espace. Elles perçoivent qu'elles ont la fonction de faciliter l'installation du père

dans un espace qui lui appartient, mais également qu'il partage avec la mère et le bébé. Toutefois, cet espace ne semble pas tant se créer à partir des croyances ou des valeurs personnelles ou professionnelles de la sage-femme, mais plutôt à partir des valeurs et des croyances que la mère et le père partagent avec elle.

*« Il faut porter attention à ce qui se passe. Mais, souvent quand on leur crée cet espace, ils vont se permettre de faire ce qui est important pour eux, sinon, ils ne feront rien » Jasmine*

Lorsque les sages-femmes participent à cette co-construction, elles le font en termes de suggestion et non en termes d'obligation. Lorsqu'elles parlent de cette situation, elles insistent sur le fait qu'elles n'imposent rien au père. De toute façon si le père ne s'implique pas ou ne participe pas les sages-femmes vont le mettre de côté et ne laisseront pas la femme seule sans soutien. Elles réorientent et intensifient leurs interventions auprès de cette mère qui a pour objectif d'accoucher en toute sécurité de son enfant, but ultime également partagé par les sages-femmes.

Les sages-femmes semblent faire des allers-retours dans cet espace tantôt dyadique (mère-père) tantôt triadique (mère-père-bébé). C'est comme si elles peuvent à n'importe quel moment se rendre accessibles à la femme alors qu'avec le père, cette accessibilité dépend étroitement de la permission, donnée par la mère, d'inviter ce dernier à faire partie de sa grossesse et de son accouchement. Le rôle de la sage-femme est conçu comme un relais entre la mère et le père : relais d'invitation, relais de participation, relais d'engagement. Il semble que cette fonction de relayeur, au moment où elle s'enclenche, soit bidirectionnelle : la sage-femme ne se contente pas d'inviter le père à s'inscrire dans



l'expérience vécue par la mère et le bébé, elle va aussi chercher à explorer et comprendre l'expérience du père pour inscrire celle-ci dans l'expérience vécue par la mère et le bébé.

*« La pratique sage-femme est une façon de cheminer avec des gens qui sont dans une période très particulière de leur vie. Je voyage avec eux. Je suis là avec eux, j'ouvre, je rends possible, je nourris ce que la vie veut bien vouloir faire » Samie*

## **Discussion**

Cette étude visait à décrire les représentations des sages femmes des pères qu'elles côtoient ainsi que leurs pratiques envers les pères dans un contexte socioprofessionnel où elles font contrepoids à une pratique largement dominée par un modèle biomédical (au Québec, plus de 98 % des naissances se produisent à l'intérieur d'un centre hospitalier et sous la responsabilité d'un médecin). Le rapport de la sage-femme au père constitue ainsi une dimension qui permet de mettre en évidence certaines caractéristiques générales de leur pratique tout en évitant l'encombrement de considérations de nature clinique ou technique comme c'est le cas lorsque l'objet de recherche est le rapport avec la mère et le bébé (normes de pratique, sécurité, etc.).

Premièrement, l'analyse de nos données confirme que les sages-femmes, contrairement à d'autres professionnels de la santé, ont une perception positive des pères qu'elles rencontrent, comme l'avaient déjà souligné Lacharité et ses collaborateurs (2005). Un autre constat réside dans le fait que, dans les propos des sages-femmes, le père est toujours considéré en lien avec la mère tout en lui permettant d'avoir sa propre

identité et unicité dans le contexte périnatal. Cette reconnaissance du père comme une personne et un membre d'un couple entraîne des pratiques orientées envers celui-ci afin de créer un espace qui lui soit spécifique.

Dans ce contexte, la pratique des sages-femmes à l'égard des pères peut-être comprise en termes d'espaces et de danse autour de ceux-ci. Bien que les sages-femmes ne l'aient pas évoqué clairement, on peut penser que ces espaces sont tributaires d'autres espaces négociées — dansés, oserions-nous dire — socialement et historiquement, c'est-à-dire en relation avec les transformations de la place du père et des pratiques des sages-femmes au cours des dernières décennies (Baker et al. 2007).

De plus, la présente étude permet d'initier une modélisation de la pratique des sages-femmes envers les pères tout en conservant les principes qui animent cette profession. Kennedy (2000) et ses collaborateurs (2003, 2004) ont proposé un modèle de la pratique des sages-femmes envers les femmes et leur famille : le caractère novateur de la présente étude est de révéler la place du père dans le discours des sages-femmes, non pas uniquement en regard de la mère ou de l'enfant, mais dans une perspective d'ontogenèse. Il serait donc possible d'élargir le modèle proposé par Kennedy (2000) et ses collaborateurs (2003, 2004). Ce modèle élargi incluant le père, pourrait guider le cursus de la formation des futures sages-femmes, en termes de développement des dimensions psychosociales et d'interactions avec les deux parents.

Kennedy (2000) et ses collaborateurs (2004) parlent également d'un milieu qui respecte les besoins de la femme. Nos résultats proposent, en plus, un espace pour le

père, espace qui se définit par la relation que les sages-femmes et le père co-construisent ensemble. Dans cette co-construction de l'espace, les sages-femmes sont par moments en observation de l'environnement et des parents, à d'autres elles sont en réaction. Puisque les sages-femmes sont associées au début du processus de parentalité, à ce premier espace initiatique d'être père, des recherches avec des pères dans cette perspective, seraient fort pertinentes afin de dégager l'expérience du père, sa conception de cet espace et ses représentations, en explorant également l'importance que le père accorde à la présence des sages-femmes, et comment il construit cet espace avec celles-ci.

Ces constats nous amènent à poursuivre nos recherches dans deux directions. D'une part, en direction des pères eux-mêmes, comme nous l'avons souligné plus haut. Dans cette direction, on peut, bien sûr, se demander si les représentations qu'ont les sages-femmes de leur pratique rejoignent l'expérience vécue par les pères. Mais d'autres questions méritent aussi notre réflexion, que ce soit, par exemple, sur les bénéfices, pour le père, de cette danse des espaces, ou des coûts « expérientiels » que son absence peut entraîner.

D'autre part, ces constats contribuent à formuler des « normes de pratique » à intégrer à la formation des futures sages-femmes. Comme le faire ? Comment leur apprendre à danser avec ces espaces ? Ces questions ouvrent grande la porte à des recherches pédagogiques, notamment dans le cadre d'une formation pratique.

Les limites de cette étude portent, d'une part, sur les caractéristiques des participantes et, d'autre part, sur la procédure de collecte de données. Les participantes

sont majoritairement des sages-femmes de plus de 15 ans d'expérience. Le fait d'être des expertes en termes de pratique clinique (Benner, 1984) peut influencer sur leurs capacités à entrer en relation avec les pères. De ce fait, nous n'avons pas fait de validation écologique des interprétations auprès des sages-femmes. De plus, cette étude n'a pas permis de confronter les représentations des sages-femmes de leur pratique envers les pères avec les représentations que se font ceux-ci de la pratique des sages-femmes.

## Conclusion

Kennedy (2000) mentionne que la pratique des sages-femmes (*The science of competence midwifery care*) est la cible des recherches depuis plus de 70 ans et que cette documentation, amplement fournie, démontre que cette profession est non seulement sécuritaire, mais produit des résultats exceptionnels concernant son impact sur la mère et l'enfant. Tout en comprenant bien l'objectif premier de la pratique des sages-femmes, soit une approche centrée sur la mère, sa sécurité et celle de son enfant, il s'avère que peu de recherches dans ce champ de pratique ont porté un regard sur l'expérience des pères en relation avec la sage-femme. Et pourtant, ce modèle de pratique, tout en ayant acquis ses lettres de noblesse auprès des mères, pourrait contribuer dans une large part au phénomène de la paternité. Cette étude met en évidence les préoccupations des sages-femmes à l'égard des pères et laisse entrevoir leur contribution au soutien de l'engagement paternel précoc. Dans ce contexte, notre étude pose les premiers jalons d'une modélisation de la pratique des sages-femmes envers les pères.

*« Il est dit que l'homme en des temps ancestraux, formait une enceinte protectrice autour de la femme enfantant. L'homme ne remplit pas un rôle ou une fonction, il n'occupe pas une place prédéfinie, mais il vit ce qu'il est ».*<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Propos de Jean Claude Verduyck dans le Bulletin d'information périnatalité, Association pour la Santé Publique du Québec, 2004

## RÉFÉRENCES

- Baker, M., Miron, J. M., de Montigny, F., & Boilard, H. (sous presse). Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale. *Revue québécoise de psychologie*.
- Beardshaw, T. (2001). Supporting the role of fathers around the time of birth. *Midwifery Digest*, 11(4), 476-479.
- Brabant, I. (2001). *Une naissance heureuse*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Chapman, L. L. (1992). Expectant fathers' roles during labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 21(2), 114-120.
- Cragin, L. (2004). The theoretical basis for nursing-midwifery practice in the united States : A critical analysis of three theories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 381-389.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2002). Les perceptions de parents primipares des moments critiques du premier 48-72 heures postnatales : Une analyse par la technique de l'incident critique. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 57-78.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartum period: what we need to know. *Journal of Obstetrics, Gynaecological, and Neonatal Nursing*, 33, 328-339.
- Denzin, N. K., & Lincoln Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Draper, J. (1997). Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*, 13(3), 132-138.
- Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: Results of a Delphi study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45, 4-19.
- Kennedy, H. P., Rousseau, A. L., & Low, L. K. (2003). An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery*, 19(3), 203-214.
- Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U., & Kravetz, K. (2004). The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 14-23.

- Kitzinger, S. (1991). Childbirth and society. In I. Chalmers, M. Enkin, M. Kierse (Éds), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (p. 99-109). Oxford: Oxford University Press.
- Lacharité, C. (2004). La paternité: enjeux sociaux pour les psychologues. *Psychologie Québec, Mars*, 28-31.
- Lacharité, C., de Montigny, F., Miron, J. M., Devault, A., Desmet, S., Mailhot, & Brin, L. (2005). *Le soutien professionnel aux parents à risque ou en difficulté*. Trois-Rivières: GREDEF.
- Lacharité, C., Mailhot, L., Boilard, H., & Déziel, N. (2004). L'accompagnement à la naissance : une forme de soutien efficace pour promouvoir l'adaptation parentale des pères et des mères lors de la période postnatale. In C. Lacharité, G. Pronovost. (Éds), *Comprendre la famille* (vol. 7, p.31-52). Ste-Foy : Presse de l'Université du Québec.
- Laforce, H. (1986). L'accouchement traditionnel : d'hier à aujourd'hui. In F. Saillant, M. O'Neil (Éds), *Accoucher autrement* (p. 31-37). Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). Projet de politique de périnatalité Document de travail, (version 18 avril 2006).
- Olsson, P., & Jansson, L. (2001). Patterns in midwives' and expectant/new parents' ways of relating to each other in ante- and postnatal consultations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 113-122.
- Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en générale et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'association pour la recherche qualitative*, 15, 179-194
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : A. Colin.
- Quénart, A. (1999). Émancipation ou désancrage social: deux représentations de la rupture parentale chez les pères n'ayant plus de contacts avec leur enfant. *Déviance et société*, 23(1), 91-104.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. London : Chapman et Hall.
- Singh, D., & Newburn, M. (2003). What men think of midwives. *Midwives*, 6(2), 70-74.
- Vehviläinen-Julkunen, K., & Liukkonen, A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*, 14, 10-17.

#### *Chapitre IV*



## Discussion

L'objectif général de cette étude était de décrire et de comprendre la pratique des sages-femmes québécoises envers les pères. Les questions de recherche qui ont guidé ce travail étaient : Comment les sages-femmes organisent-elles leur rapport au père ? Comment se représentent-elles leur pratique à l'égard des pères ? Une analyse de la documentation pertinente (premier article) de même que des entretiens avec des sages-femmes (second article) ont permis de produire plusieurs éléments de réponses à ces questions. Le présent chapitre met en perspective ces résultats de recherche de manière à permettre l'émergence d'une série de thèmes pouvant contribuer à modéliser la pratique des sages-femmes envers les pères.

### *Importance de mettre en contexte la pratique des sages-femmes*

Pour comprendre la pratique à l'égard des pères, il est important de faire un détour pour resituer cette pratique québécoise dans ces principaux éléments. Ceux-ci permettent de mettre en relief les origines de cette pratique issue des communautés donc proche des parents, et de situer l'évolution de cette pratique dans un cadre légalisé et de formation universitaire. Même si les sages-femmes, dirons-nous, existent depuis que le monde est monde, l'émergence, dans les sociétés modernes comme le Québec, des « nouvelles sages-femmes » coïncide avec la montée du mouvement féministe, les groupes de revendications pour l'humanisation des naissances et la demande des femmes d'accoucher à domicile et d'y être accompagnées de manière sécuritaire et respectueuse

(Brabant, 2001; Lemay, 1998; Myers-Ciecko, 1991; Saillant & O'Neill, 1987; Saillant, Desjardins, & O'Neill, 1986). Considérée comme une jeune profession, puisque légalisée au Québec que depuis 1999, le déploiement de la pratique des sages-femmes dans le système de santé actuel est aujourd'hui dans une période charnière. Une formation unique, dispensée par l'Université du Québec à Trois-Rivières<sup>10</sup>, reconnue pour la qualité de son enseignement et sa structure académique<sup>11</sup>, offre aux étudiantes sages-femmes une formation alliant les aspects théoriques, pratiques et cliniques (UQTR, 2006). Cette formation met en relation une étudiante et une sage-femme à l'intérieur d'activités de préceptorat au cœur même du vécu des parents et des familles.

Au Québec, l'accès aux services des sages-femmes est gratuit, leur financement est public, ces dernières font partie des services de première ligne et offrent aux parents la possibilité d'accouchement dans les trois lieux de naissance que prévoit la Loi des sages-femmes. Les maisons de naissance (voir Appendice C) sont rattachées à un centre de santé et de services sociaux (CSSS); huit CSSS, répartis dans sept régions du Québec<sup>12</sup>, offrent des services de sages-femmes. Les parents peuvent choisir l'accouchement à domicile depuis le 1er avril 2005 de même qu'en centre hospitalier. Pour les accouchements en centre hospitalier, les CSSS doivent développer et conclure des ententes permettant aux sages-femmes d'assister les mères et les pères qui le souhaitent. Le sondage SOM (2005) indique notamment que près de quatre femmes sur dix (39 %) choisiraient d'accoucher en centre hospitalier avec une sage-femme qui les aurait suivies

<sup>10</sup> UQTR : baccalauréat en pratique sage-femme, cursus de quatre ans, 130 crédits.

<sup>11</sup> Tel que souligné par le comité d'évaluation du programme et les experts indépendants en 2006.

<sup>12</sup> Ce nombre ne compte pas la maternité de Puvirnituq, dans le Grand Nord, ouverte depuis 1986.

si cela était disponible. Ce même sondage révèle, que 75 % des répondantes choisiraient d'accoucher en centre hospitalier, 15 % en maison de naissance et 9 % à domicile. Comme l'accouchement dans ces deux derniers lieux est intimement associé à la pratique de la sage-femme, cela suggère que l'intérêt des femmes pour un suivi avec une sage-femme s'avère substantiel.

Cette pratique contemporaine des sages-femmes découle directement du mouvement d'humanisation des naissances. Celle-ci adhère à une philosophie dite holistique (Edwards, 2000) où l'ensemble de la personne est considéré comme un tout biopsychosocial et spirituel permettant ainsi l'émergence d'un modèle humaniste de soins (Davis-Floyd, 2001). Les sages-femmes portent notamment attention au rythme et au processus de la grossesse et de l'accouchement. Cette attitude permet de reconnaître, chez les femmes, l'importance de leur contexte social et culturel ainsi que leur expérience de vie (Guilliland & Pairman, 1994). La pratique des sages-femmes est d'abord une relation qui s'établit avec une personne autour d'événements particuliers – la grossesse et l'accouchement – qui sont conçus comme des processus naturels et physiologiques.

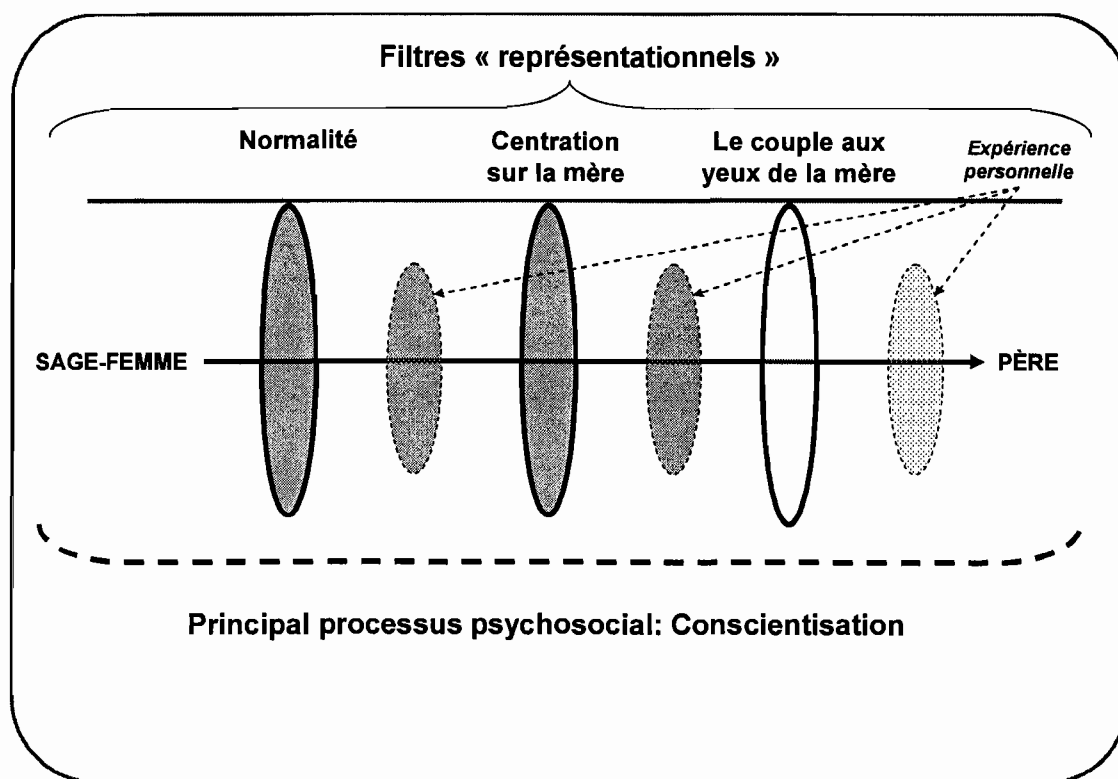
### *La sage-femme et le père : une relation médiatisée*

Même si le suivi d'une sage-femme vise principalement à répondre aux besoins des mères (Guilliland & Pairman, 1994; Kennedy et al. 2004), il n'en demeure pas moins que les membres de leur famille sont aussi au cœur de ce que les sages-femmes font dans le cadre de leur pratique (Gramling, Hickman, & Bennett, 2004; Kennedy, 2000; Page, 2003). Ce souci s'appuie sur le fait que la femme est perçue comme étant une personne

évoluant dans un contexte familial, social et environnemental distinct (Pairman, 1999). Dans cette perspective, la mère identifie les personnes avec qui elle entretient des relations significatives et identifie, par le fait même, les relations qui sont prioritaires dans sa vie. Guilliland et Pairman (1994) mentionnent que les sages-femmes organisent leur pratique pour avoir accès à ces relations identifiées par la mère. Leur pratique en direction des pères est, par conséquent, explicitement « médiatisée » c'est-à-dire que, entre la sage-femme et le père, il y a des éléments qui peuvent être soit des facilitateurs soit des obstacles. La sage-femme ne déploie pas habituellement son rapport au père directement, elle passe par ce que nous appelons une série de « filtres ». Un filtre est un dispositif destiné à favoriser ou à entraver le passage de certains éléments de manière à obtenir un produit particulier. Autour du père, il y a toujours un contexte qui justifie la pratique envers lui. En passant par ces filtres, la sage-femme considère qu'elle répond aux besoins du père *dans le contexte de sa réponse aux besoins de la mère*. La pratique de la sage-femme envers le père, telle que nous l'avons décrite dans cette étude, doit être considérée comme une co-construction qui dépend étroitement des représentations internes que cette professionnelle a de son rôle et du rôle du père lors de la période périnatale.

La Figure 2 présente cette trajectoire du regard de la sage-femme envers le père. Trois filtres apparaissent particulièrement ressortir de notre analyse : (1) la normalité des processus de grossesse et d'accouchement; (2) la centration sur la mère et (3) le couple aux yeux de la mère. La normalité et la centration sur la mère sont notamment des éléments que les différents auteurs ont ciblés dans une description de la pratique des

sages-femmes (Hunter, 2002; Kennedy, 2000; Kennedy et al. 2004). De plus, l'analyse que nous avons effectuée dans le cadre du premier article montre que, sur le plan de la documentation scientifique et professionnelle, les sages-femmes : (1) définissent explicitement leur pratique comme étant centrée sur la mère; (2) que la centration sur la mère s'avère inclusive : pour les sages-femmes, évoquer la mère, c'est aussi nécessairement évoquer son entourage immédiat; et enfin (3) le père est tacitement l'objet des mêmes formes de préoccupations psychosociales que celles envers la mère. Le discours des sages-femmes québécoises, tel qu'analysé dans le cadre de notre second article, s'apparente aux aspects psychosociaux décrits par Thompson (2004). L'aspect éthique encadre les pratiques où se rejoignent les valeurs de respect de la personne et de la confidentialité, la mise en place d'un partage d'information permettant des choix éclairés dans un contexte de sécurité. Ce contexte est imprégné de respect envers la culture tout en facilitant pour la sage-femme, la mère, le père et la famille, le partage de valeurs communes et d'expériences de vie.



*FIGURE 2 Filtres représentationnels de la pratique des sages-femmes envers les pères*

Nous retrouvons ici l'ensemble de ces éléments non plus uniquement en tant que principes organisateurs de leur pratique, mais aussi en tant que filtres à travers lesquels la sage-femme va concevoir la place du père : sa contribution à la normalité des processus de la grossesse et de l'accouchement et sa contribution à la centration sur les besoins de la mère et du bébé. Il s'agit ici de balises qui non seulement servent à circonscrire la pratique professionnelle de la sage-femme, mais aussi la « pratique » du père lors de la période périnatale. Le filtre du « couple aux yeux de la mère » découle directement des deux filtres précédents. C'est cette dernière qui légitime la présence du père auprès de la

sage-femme : si la mère désigne un homme comme son conjoint (ou le père de l'enfant), celui-ci devient non seulement pertinent pour la sage-femme, mais aussi incontournable pour elle. Le rapport qui existe entre la mère et le père devient un élément à considérer dans sa pratique. Toutefois, dans le cadre de cette relation de couple, le regard de la mère semble revêtir une prépondérance sur le regard du père. L'extrait suivant illustre bien cette hiérarchisation de l'attention de la sage-femme envers la mère et le père et la subordination de l'attention envers celui-ci à l'attention envers celle-là :

*« Ma relation avec le père elle passe un peu par la femme... il faut quand même toujours garder en tête que, même si c'est une approche familiale, il faut garder toujours l'approche centrée sur la femme » Rita*

L'identification de filtres secondaires évoquant des « expériences personnelles », intercalés entre les filtres principaux, peut être mise en relation avec les trois niveaux de connaissance que Hunter (2003) identifie : connaissance de soi, connaissance de ses propres expériences de la naissance, connaissance formelle-académique. Le discours des sages-femmes interviewées à propos de leur pratique envers les pères est fréquemment parsemé d'informations ayant trait à leurs expériences personnelles (de la normalité dans le processus de la grossesse et de l'accouchement, de leur position en tant que femmes dans leur univers personnel, de leur relation de couple, etc.). Même s'il existe de nombreux points communs qui traversent les situations individuelles rapportées par les sages-femmes ayant participé à la présente étude, nous avons pu observer une certaine diversité de leurs pratiques envers les pères. Considérant que le but de notre étude était de mettre en évidence les principaux éléments qui caractérisent la pratique des sages-femmes envers les pères, nous n'avons pas exploré en détail ces filtres reposant sur les

expériences personnelles des sages-femmes et leur contribution à leur pratique. Nous considérons néanmoins important de les inscrire dans notre compréhension de cette pratique. Des études ultérieures devraient explorer plus à fond ces aspects.

La Figure 2 propose un dernier élément. La pratique des sages-femmes envers les pères est conçue essentiellement comme un processus psychosocial (plutôt que clinique). La principale dimension de ce processus psychosocial envers le père repose sur ce que l'on peut appeler une « démarche progressive de conscientisation » du père, soutenue par la sage-femme. Cette démarche s'inscrit en premier lieu dans un temps d'information où la sage-femme convie explicitement le père à participer aux décisions qui doivent être prises (choix éclairé). Par la suite, le père est sensibilisé à certains éléments ou événements de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. La sage-femme invite ici le père à se sentir directement concerné par ce qui se passe dans le corps de la mère, dans la relation avec cette dernière. Enfin, dans une phase de conscientisation proprement dite, la sage-femme amène le père à réfléchir aux actions concrètes qu'il pose (ou peut poser) lors de la période périnatale et à la « différence » que ces gestes peuvent faire pour lui, la mère et le bébé.

#### *La pratique de la sage-femme envers le père : une co-construction d'espaces*

Le présent travail permet de mettre en lumière les liens possibles entre les éléments de la pratique des sages-femmes et les besoins des pères. L'attitude des sages-femmes déployée en premier lieu auprès de la mère s'adapte en fait au père qui



accompagne cette femme. En reconnaissant le caractère unique de la mère, la sage-femme reconnaît également une spécificité au père. Cette spécificité se traduit par cinq constats découlant de notre analyse des espaces co-construits :

- 1) la sage-femme se perçoit comme est un instrument privilégié dans l'établissement et le maintien de la relation avec le père;
- 2) elle se représente le père en tant que partenaire dans l'atteinte d'objectifs partagés et communs;
- 3) elle forme un triangle sage-femme/père/mère;
- 4) elle se représente le père en tant qu'entité unique se distinguant de la mère;
- 5) elle désigne un espace d'accouchement construit par la dyade père-mère.

Ces constats renvoient à la relation de la sage-femme et du père définie en termes d'espace. Cet espace est construit selon la trajectoire du regard filtré de la sage-femme tel que décrit plus haut. Parler d'espace, d'une danse dans l'expression du modèle de pratique des sages-femmes fait du sens. Pour plusieurs sages-femmes interviewées, leur discours a un caractère métaphorique. Dans son entretien, l'une d'entre elles mentionne même explicitement une différence entre le langage utilisé par les femmes et le langage utilisé par les hommes, c'est dire que le langage peut avoir un genre. Ce paradigme se retrouve à l'intérieur du discours médical qui se veut cartésien, alors que le discours tenu par les sages-femmes s'apparente davantage au paradigme de l'émotion, l'intuition, de l'esthétique et du lien avec la nature (Hunter, 2006). Les entretiens de cette étude révèlent

de manière éloquente cet aspect distinctif du discours des sages-femmes. Ce qui évoque également le filtre « féministe ».

L'espace dont il est question ici entre la sage-femme et le père reflète une co-construction le long d'un continuum relationnel et temporel. Kennedy (2000) identifie la notion d'environnement respectueux des besoins et Kennedy et collaborateurs (2004) introduisent la notion d'orchestration de cet espace/environnement par la sage-femme. C'est un espace de relation soit avec la mère, soit avec le père, soit avec le couple. Cet espace repose, pour une part, sur la sensibilité de la sage-femme à ce qui se passe, ce qui se vit devant elle et d'autre part, sur ses croyances et ses valeurs. Ce sont des facteurs déterminants dans un modèle de pratique (Kennedy, 2000). Les sages-femmes qui se représentent le père comme un membre de la famille aussi important que la mère construisent avec celui-ci un ensemble d'espaces à l'intérieur desquels il est soutenu et peut évoluer. Physiquement, le père a besoin de place et d'espace. Les maisons de naissance permettent cette intimité du père avec sa conjointe et son enfant et les accouchements à domicile permettent aux parents de se retrouver dans leur propre intimité, ils sont sur leur territoire et en contrôle de cet environnement. Indépendamment de ces deux lieux de naissance, sur le plan physique, le père a accès au lit de la mère et à un espace intime pour le couple lors de l'accouchement. Lors de la période postnatale, le père a accès au bébé qui partage le lit de la mère qui devient un lit familial! La sage-femme porte attention à l'état physique du père : A-t-il mangé ? Est-il fatigué ? A-t-il besoin de se rafraîchir ? Besoin de s'isoler ?

Les espaces décrits par les sages-femmes permettent de répondre aux besoins que les pères identifient pour eux-mêmes et se juxtaposent aux besoins identifiés pour les mères :

1) Besoin de temps : les rencontres pré et postnatales avec les sages-femmes durent en moyenne 66 minutes (De Koninck, Blais, Joubert, & Gagnon, 2000), les femmes perçoivent les sages-femmes disponibles et disposées à prendre tout le temps nécessaire pour permettre leur satisfaction (Kennedy, 1995). Lors de l'accouchement, la sage-femme est présente de façon continue auprès de la mère pendant tout le travail actif, l'accouchement et les premières heures après la naissance. Les pères bénéficient directement de cet engagement des sages-femmes auprès de leur famille.

2) Besoin d'information : un des rôles importants des sages-femmes est de dispenser l'information et le soutien nécessaire à la mère pour que cette dernière puisse être en mesure de prendre ses propres décisions par rapport aux soins qui lui seront prodigués (Rooks, 1999). Le père est formellement invité à entrer dans cet espace de décision et à réfléchir en compagnie de la mère aux divers aspects nécessitant de faire des choix.

3) Besoin d'encouragement, de validation et de soutien : les sages-femmes se perçoivent comme un partenaire ou un guide auprès de la mère, soutenant celle-ci à puiser dans ses ressources personnelles, par une écoute attentive tout en maintenant une confiance en ses capacités. (Kennedy, 1995, 2000). Nous avons notamment montré qu'en concevant le père comme une personne qui « porte » sa conjointe et sa famille et que ce « portage » nécessite de la part de l'homme préparation, efforts et réflexion, plusieurs

sages-femmes interviewées considèrent comme une responsabilité professionnelle de le soutenir dans ce rôle de « porteur » tout comme elles soutiennent la mère dans son rôle de « porteuse d'un enfant ».

L'espace dans lequel évoluent le père et la sage-femme semble être constitué de séquences d'échanges où cette dernière joue un rôle d'intégration du père dans la vie de la mère et de l'enfant. Le père est invité à s'inscrire dans un processus et une perspective de continuité dans le temps et dans un rapport à l'avenir. La grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont des moments ponctués d'échanges entre la sage-femme et le père qui permettent à ce dernier de relier ce qu'il vit tout au long de ce parcours. Cette co-construction semble importante dans la formation de l'engagement paternel ou, tout au moins, dans le type d'implication du père lors de la naissance de l'enfant et des répercussions sur son expérience de père et d'homme. Le père qui se retrouve sous le regard de sages-femmes est, par conséquent, d'autant plus susceptible de faire une démarche de conscientisation des effets de sa présence dans la vie de la mère et de l'enfant et, vice versa, des effets de ces derniers dans sa propre vie. Plusieurs sages-femmes font explicitement référence, dans leur discours, à cette démarche de conscientisation des pères, à ces moments de réflexion sur soi et à cette expérience « qui fait grandir ».

L'espace dont il est question ici en est un où la sage-femme se met en action. Kennedy, Rousseau et Low (2003) identifient la sage-femme comme un « outil de soin » (*instrument of care*). La sage-femme prend une posture qui s'adapte à la situation en fonction des besoins de la mère, mais en incluant le père. Cette posture est en

mouvement, dynamique, non statique, mais en évolution selon l'espace construit. Dans cet espace se forment des alliances avec la mère mais également avec le père. Ces alliances permettent de constituer un partenariat s'appuyant sur une finalité d'empowerment telle que décrite par Lafrance et Mailhot (2005).

Différentes recherches (Arama, 1997; Bolté, Devault, St-Denis, & Gaudet, 2002; Dubeau, 2002; Dubeau, Turcotte, & Couture, 1999; Lamb, 2000) démontrent que, dans leurs interventions auprès des pères, les intervenants ciblent, en premier lieu, l'accroissement des connaissances et des habiletés. La pratique des sages-femmes repose plutôt sur le soutien aux compétences déjà acquises ou en devenir, considérant le père comme unique, ayant une expérience de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale en lien avec son histoire personnelle et son histoire de couple. Elles cherchent donc à créer des ponts et des liens entre les différents éléments de la vie quotidienne de la femme et de l'homme en tenant compte du contexte et de l'environnement dans lesquels évoluent ces personnes. Dans leurs discours, les sages-femmes interviewées reconnaissent explicitement que le père a autant de compétences parentales que la mère, évoquant ainsi la présence d'une attitude positive envers les pères dont les travaux de Lanoue et Cloutier (1996) et Marsiglio (1995) soulignent l'importance dans l'intervention auprès de ces derniers. Les sages-femmes respectent ainsi le cheminement des pères, vérifient et confirment leurs observations et leurs intuitions. Elles valident la place du père par l'importance qu'elles donnent au lien d'attachement père-enfant, facilitant la formation de cet espace où le père crée un lien avec son enfant directement ou par l'intermédiaire de la relation mère-enfant. Cet espace, plusieurs hommes le réclament,

leur désir étant de développer et de maintenir une présence soutenue auprès de leurs enfants (Lamb, 2000).

### Limite de l'étude

Les limites de cette étude portent, d'une part, sur les caractéristiques des participantes et, d'autre part, sur la procédure de collecte de données. Les participantes sont majoritairement des sages-femmes de plus de 15 ans d'expérience. Le fait d'être des expertes en termes de pratique clinique (Benner, 1984) peut influencer sur leurs capacités à entrer en relation avec les pères. Seulement 14 % des participantes représentent la cohorte des jeunes diplômées de moins de 5 ans et ces entretiens ont apporté peu de contenu nuancé de leur pratique avec les pères. Toutefois, l'objectif de l'étude n'était pas d'analyser les différences en fonction des années d'expérience et du type de formation acquis par les sages-femmes. De plus, les différences quant à l'origine de la formation initiale et l'expérience antérieure des participantes n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des présents résultats.

Une procédure systématique de validation écologique des interprétations des entretiens des sages-femmes n'a pas été employée (par exemple, groupe de discussion avec des sages-femmes). Toutefois, plusieurs occasions ont été utilisées pour présenter et discuter de manière informelle des résultats émergents avec quelques sages-femmes non participantes et celles-ci ont reconnu leur pratique dans les descriptions que nous en faisons.

La présente étude s'est concentrée sur le discours des sages-femmes. Notre objectif n'était pas de trianguler les résultats de ces entretiens avec des entretiens auprès de pères ni d'utiliser l'observation des interactions père-sage-femme lors des consultations ou de l'accouchement.

Enfin, comme il a été décrit dans l'avant-propos de cette thèse, la chercheuse principale est connue du monde des sages-femmes au Québec, notamment par son implication au baccalauréat en pratique sages-femmes de l'UQTR. Elle connaît personnellement plusieurs des sages-femmes interviewées pour les avoir côtoyées lors d'activités professionnelles. Sa posture en est une de proximité avec cette profession.

### Retombées

Cette étude a des retombées sur le plan du développement de la profession des sages-femmes au Québec. Elle permet également de dégager des pistes de recherche permettant l'avancement des connaissances en lien avec la formulation de modèles conceptuels de la pratique des sages-femmes.

### *Contribution au plan de la recherche*

Notre étude ouvre la voie à l'émergence d'un modèle de pratique en regard des pères, mais trace également la trajectoire des composantes psychosociales de la pratique des sages-femmes au Québec. Notre étude permet, dans une certaine mesure, de mettre en perspective ce qui distingue cette pratique d'autres formes de pratiques en périnatalité

(par exemple, la pratique obstétricale). L'analyse de la pratique des sages-femmes à travers le prisme d'une étude ancrée dans la discipline de la psychologie met en évidence les avantages d'une perspective interdisciplinaire dans la compréhension de l'apport des sages-femmes aux services de périnatalité et à la santé périnatale. Dans le contexte spécifique du Québec, il faut souligner l'urgence de développer la profession non pas seulement sur le plan organisationnel et institutionnel, mais également sur le plan conceptuel et clinique. Notre étude constitue un effort dans cette direction.

Le présent travail apporte également une contribution indirecte à l'étude des pères lors de la période périnatale. En tentant de croiser les besoins ressentis par ces derniers avec des éléments d'une pratique professionnelle comme celle de la sage-femme, cette thèse permet d'identifier des pistes de soutien spécifique aux pères et à leur engagement envers leur famille. Dans une telle perspective, il est évidemment essentiel d'entendre les voix des pères, de leur permettre de se raconter et de partager leurs expériences avec les sages-femmes afin de valider les premières bases de ce modèle de pratique auprès des hommes.

#### *Contribution au plan de la pratique professionnelle*

La présente étude ouvre sur des perspectives de développement du modèle de pratique des sages-femmes envers les pères et donne des pistes de réflexion concernant la présence de filtres qui bonifient, altèrent ou modifient les représentations que se font les sages-femmes des pères. Notre démarche permet d'amorcer une modélisation de la pratique envers les pères. Les éléments qui émergent de la présente étude pourraient



notamment être utilisés dans l'évaluation de la formation aux nouvelles sages-femmes, l'actualisation des connaissances des sages-femmes de l'étranger souhaitant travailler au Québec et la formation continue des sages-femmes en exercice dans les maisons de naissance. Notre travail peut également s'avérer très pertinent dans le déploiement des services de sages-femmes en centre hospitalier, en particulier, parce qu'il met en évidence des principes d'action professionnelle qui caractérisent la pratique actuelle des sages-femmes, mais qui peuvent être « oubliés » ou considérés comme négligeables dans une démarche d'intégration des sages-femmes au système hospitalier.

## *Conclusion*

La pratique des sages-femmes au Québec est un élément incontournable dans le contexte du déploiement des services en périnatalité et notamment dans la perspective de la mise en œuvre prochaine de la Politique de périnatalité par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2006). Dans le cadre de cette thèse, nous avons mis en évidence différents aspects de la pratique des sages-femmes et particulièrement en regard de leur rôle auprès des pères et ce, en mettant en arrière-plan les modèles conceptuels de pratique développés par Kennedy (2000) et en faisant des liens avec les concepts psychosociaux de Thompson (2004). Notre travail donne lieu à l'émergence d'un modèle de pratique explicitement dirigé vers les pères et permet une réflexion quant à l'importance de l'expérience de la paternité dans une perspective traitant, entre autres, de l'engagement paternel précoce. Ainsi, l'analyse de la pratique des sages-femmes à travers le prisme d'une étude ancrée dans la discipline de la psychologie met en évidence les avantages d'une perspective interdisciplinaire dans la compréhension de l'apport des sages-femmes aux services de périnatalité et à la santé périnatale.

La pratique des sages-femmes au Québec prend ses assises sur une philosophie et des croyances mettant en valeur l'expérience des mères, leurs attentes et leurs besoins. Malgré le fait qu'elle soit décrite comme une approche centrée sur la mère, cette pratique est, comme plusieurs auteures l'ont souligné, centrée également sur la famille. Nous avons mis en évidence un concept *d'espace* à partir de l'analyse de 23 entretiens avec des sages-femmes œuvrant en maisons de naissance. Cet espace qui se déploie autour de la mère et du père lors de la période périnatale est une co-construction à laquelle participe activement la sage-femme. Il s'agit d'un espace de relation avec la mère, avec le père et

avec le couple. Une chorégraphie relationnelle impliquant ces trois danseurs s'établit tout au long de la période périnatale, une danse s'exprimant par des mouvements de la mère, du père et de la sage-femme.

Nous avons analysé les entretiens des sages-femmes de façon circulaire, c'est-à-dire sous forme d'aller-retour, en déployant les thématiques autour des thèmes exploités dans le guide d'entretien et en faisant des liens avec les concepts présentés dans le modèle de pratique des sages-femmes élaboré par Kennedy (2000). Le discours des sages-femmes est évocateur et riche d'anecdotes. Son analyse permet un regard global sur leur pratique tout en permettant de mettre en évidence la spécificité de cette approche envers les pères. Notre analyse a permis de cerner des filtres représentationnels à partir desquels la sage-femme oriente ses actions et façonne sa relation et son rapport au père. Ce sont des filtres à travers lesquels la sage-femme va concevoir la place du père : sa contribution à la normalité des processus de la grossesse et de l'accouchement et sa contribution à la centration sur les besoins de la mère et du bébé. Il s'agit ici de balises qui non seulement servent à circonscrire la pratique professionnelle de la sage-femme, mais aussi la « pratique » du père lors de la période périnatale telle que conçue par cette dernière. Un troisième filtre, référant au « couple aux yeux de la mère », découle directement des deux filtres précédents et inscrit le père en tant que « porteur » d'une famille.

L'originalité de notre travail repose sur le regard porté sur les pères à travers l'analyse des pratiques des sages-femmes. Ce type de regard permet aussi de mettre en relief les multiples besoins des pères lors de la période périnatale notamment parce que la

pratique des sages-femmes repose sur une attention particulière aux aspects biologiques de la naissance, mais aussi aux aspects psychosociaux. L'émergence d'un modèle de pratique permet de baliser les éléments qui composent la pratique des sages-femmes au Québec à partir du discours même des sages-femmes.

## *Références*

- Arama, D. (1997). *Promotion du rôle des pères : inventaire des ressources et projets d'intervention spécifique en périnatalité au Québec*. Rapport de recherche présenté à la Direction de la Santé et du Bien-être, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Association pour la Santé Publique du Québec (2004). *Perspectives sur les réalités de la naissance, écho d'une conférence*. Conférence Obstétrique et Santé publique : élargir les perspectives sur les réalités de la naissance. 8<sup>es</sup> journées annuelles de santé publique. Montréal.
- Baker, M., Miron, J. M., de Montigny, F., & Boilard, H. (sous presse). Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale. *Revue québécoise de psychologie*.
- Barclay, L., Donovan, J., & Genovese A. (1996). Men's' experiences during their partner's first pregnancy: a grounded theory analysis. *Australian Journal of Advances Nursing*, 13(3), 12-24.
- Bardy, J. D. (1988). *Analyse sociopolitique de la situation des sages-femmes au Québec*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Beardshaw, T. (2001). Supporting the role of fathers around the time of birth. *MIDIRS Midwifery Digest*, 11(4), 476-479.
- Beaton J., & Gupton, A. (1990). Childbirth expectation: a qualitative analysis. *Midwifery*, 6, 133-139.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley, Menlo Park, CA.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12, 11-15.
- Bertsch, T. D., Nagashima-Whalen, L., Dykeman, S., Kennell, J. H., & McGrath, S. (1990). Labour support by first time fathers: direct observations with a comparison to experienced doulas. *Journal of Psychosomatics, Obstetrics, and Gynaecology*, 11, 251-260.
- Biro, M. A., Waldenström, U., & Pannifex, J. H. (2000). Team midwifery care in tertiary level obstetric services: A randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), 168-173.
- Blais, R. (2002). Are home births safe? *Canadian Medical Association Journal*, 166(3), 335-336.
- Bluff, R., & Holloway, I. (1994). They know best: Women's experiences of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery*, 10, 157-164.

- Bodner-Adler, B. (2004). Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: A comparison between midwife and physician management. *The Middle European Journal of Medicine*, 116, 379-384.
- Bolduc, N. (1995). *Le pouvoir des médecins dans le processus d'émergence et d'élaboration de la loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets pilotes au Québec*. Laboratoire d'études politiques, Université Laval.
- Bolté, C., Devault, A., St-Denis, M., & Gaudet, J. (2002). Sur le terrain des pères. Projets de soutien et de valorisation de la paternité. Ardec, UQAM.
- Bouffard, M., & Grégoire, L. (1997). *Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maison de naissance*. Québec : éditeur Groupe Maman (Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement naturel).
- Brabant, I. (2001). *Une naissance heureuse : Bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). *The Earliest Relationship : Parents, infants, and the drama of early attachment*. Reading, Mass : Addison-Wesley.
- Bryar, R. M. (1995). *Theory for midwifery practice*. London : Macmillan.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. Dans R. M. Lerner (Éd.), *Handbook of Child Psychology* (p. 993-1028). 5<sup>th</sup> edition, Volume 1, New York : Wiley.
- Burst, H. (1990). Real midwifery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35(4), 189-191.
- Chapman, L. L. (1992). Expectant fathers' roles during labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 21(2), 114-120.
- Cornellier, H. (1993). *Créer une nouvelle profession ... vieille comme de monde, la sage-femme professionnelle de la santé au Québec*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Sherbrooke.
- Cragin, L. (2004). The theoretical basis for nursing-midwifery practice in the United States: A critical analysis of three theories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 381-389.
- David, M., von Schwarzenfeld, H. K., Dimer, J. A., & Kentenich, H. (1999). Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 65(2), 149-156.



- Davis-Floyd, R. E. (1992). *Birth as an american rite of passage*. Berkely CA : Université of California Press.
- Davis-Floyd, R. E. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(Suppl.1), S5-S23.
- Dayan, J. (1998a). *Attendre un enfant : Aléas, drames et vicissitudes*. Ramonville : Erès.
- Dayan, J. (1998b). *Attendre un enfant : Désirs et représentations*. Ramonville : Erès.
- De Koninck, M., Blais, R., Joubert, P., Gagnon, C., & L'Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes (2001). Comparing women's assessment of midwifery and medical care in Québec, Canada. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 46(2), 60-67.
- de Montigny, F. (1991). Une intervention de groupe d'orientation systémique auprès des couples en période prénatale. *Revue Canadienne de santé mentale communautaire*, 10(1), 167-183.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2002). Les perceptions de parents primipares des moments critiques du premier 48-72 heures postnatales : Une analyse par la technique de l'incident critique. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 57-78.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartum period: what we need to know. *Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 33, 328-339.
- De Ridder, G., Ceroux, B., & Bigot, S. (2004). Le projet d'implication paternelle à l'épreuve de la première année. *Recherche et Prévisions*, 76, 39-51.
- Deelerq, F. R. (1995). Midwifery care and medical complications: the role of risk screening. *Birth*, 22, 68-73.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research* Thousand Oaks, CA : Sage.
- Desjardins, S. (1993). *Médecins et sages-femmes. Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*. Montréal : Québec/Amérique.
- Deslauriers, J. M. (2002). L'évolution du rôle du père au Québec. *Revue Intervention*, 116, 52-61.
- Dickson, N. A. (1996). A theory of caring for midwifery. *Australian College of Midwives Incorporated Journal*, 9(2), 20-24.

- Doobie, S. A., Hart, L. G., Fordyce, M., & Roseblatt, R. A. (1994). Do women choose their providers based on risk at entry into prenatal care? A study of women in Washington State. *Obstetric Gynaecologic*, 84, 557-564.
- Dowd, N. E. (2000). *Redefining fatherhood*. New York: New York University Press.
- Draper, J. (1997). Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*, 13(3), 132-138.
- Dubeau, D. (2002). *Tendances contemporaines de la famille : portraits des pères*. Nepean : Institut Vanier de la famille.
- Dubeau, D., Turcotte, G., & Couture, S. (1999). L'intégration des pères dans les pratiques d'intervention auprès des jeunes enfants et de leur famille. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 28, 265-278.
- Duffey, M., & Muhlenkamp, A. F. (1974). A framework for theory analysis. *Nurse Outlook*, 22, 570-574.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes . . . Aussi*. Montréal : VLB.
- Dumas, L., & Lepage, M. (1999). *Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale en promotion de l'allaitement*. Rapport de recherche, Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais.
- Éditeur officiel du Québec Loi sur les sages-femmes : L.R.Q., chapitre S-0.1. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>.
- Edwards, N. P. (2000). Women planning homebirths: their own views on their relationships with midwives. Dans M. Kirkham (Éd), *The Midwife-Mother Relationship* (pp 55-91). Londres : Macmillan.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1976). *Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes et de la médecine*. Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1982). *Des experts et des femmes*, Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Findlay, D. (1993). The Medical Gaze: Medical models, Power, and Womens' Health. *Atlantis*, 18(1-2), 104-124.
- Finnbogadottir, H., Svalenius, E. C., & Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19, 96-105.

- Flint, C., Poulengeris, P., & Grant, A. (1989). The "Know your Midwife" scheme: a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*, 5(1), 11-16.
- Frazer, D. (1999). Women's perceptions of midwifery care: A longitudinal study to shape curriculum development. *Birth*, 26(2), 99-107.
- Fraser, W., Hatem-Asmar, M., Krauss, I., Maillard, F., Bréart, G., & Blais, R. (2000). Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec Pilot Projects Study: clinical indicators. *Canadian Journal Public Health*, 9(1), 5-11.
- Fullerton, J. T., & Severino, R. (1992). In hospital care low-risk childbirth. Comparison with results from the National Birth Center Study. *Journal Nurse Midwifery*, 3(5), 331-340.
- Furstenberg, F. F. Jr. (1988). Good dads-Bad dads: two faces of fatherhood. Dans A. J. Cherlin (Éd), *The Changing American Family and Public Policy* (p. 193-218). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Gramling, L., Hickman, K., & Bennett, S. (2004). What makes a good family-centered partnership between women and their practitioners ? A qualitative study. *Birth*, 31(1), 43-48.
- Guilliland, K., & Pairman, S. (1994). The midwifery partnership: a model for practice. *New Zealand College of Midwives Journal*, 11, 5-9.
- Hagell, E. (1989). Nursing knowledge: women's knowledge. A sociological perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 14(3), 226-233.
- Hall, S., & Holloway, I. (1998). Staying in control: Women's experiences of labour in water. *Midwifery*, 14(1), 30-36.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. (1996a). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12, 48-61.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. (1996b). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and incaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17, 361-379.
- Harvey, S., Jarrell, J., Brant, R., Stainton, C., & Rach, D. (1996). A randomized controlled trial of midwifery care. *Birth*, 23, 128-135.
- Hawkins, M., & Knox, S. (2003). Les sages-femmes continuent de faire face à de nombreux défis, la sage-femmerie au Canada se définit peu à peu. Réseau canadien pour la santé des femmes, *Revue réseau*, 6(2-3), Récupéré le 20 août 2005 de <http://www.cwhn.ca/network-reseau>.

- Hodnett, E. D. (2000). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD000062.
- Hodnett, E. D. (2002). Caregiver support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD000199.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003766.
- Homer, C. S., Davis, G. K., Cooke, M., & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomized controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112.
- Hunter, L. P. (2002). Being with women: a guiding concept for the care of labouring women. *Journal of Obstetrical, Gynaecological and Neonatal Nursing*, 31(6), 55-62.
- Hunter, L. P. (2003). An interpretative exploration of meaning o being with women during birth for midwives. Unpublished doctoral dissertation, University of San Diego, Hahn School of Nursing and Health Science.
- Hunter, L. P. (2006). Women Give Birth and Pizzas Are delivered: Language and Western Childbirth Paradigms. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51, 119-124.
- Jackson, D. J., Lang, J. M., Swartz, W. H., Ganiats, T. G., Fullerton, J., Jeffrey, E., & Nguyen, U. (2003). Outcomes, safety, and resources utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. *American Journal of Public health*, 93(6), 999-1006.
- Janssen, P. A., Lee, S. K., Ryan, E. M., Etches, D. J., Farquharson, D. F., Peacock, D., & Klein, M. C. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 166(3), 315-323.
- Janssen, P., Holt, V., & Myers, S. (1994). Licensed midwife-attended, out-of-hospital births in Washington State: Are they safe? *Birth*, 21, 141-148.
- Johnson, K. D. & Daviss, B. A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *British medical Journal*, 330(7505), 1416-1422.
- Kennedy, H. P. (1995). The essence of nurse-midwifery care: The woman's story. *Journal of Nurse Midwifery*, 4(5), 410-417.

- Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(1), 4-19.
- Kennedy, H. P. & Lowe, N. K. (2001). Midwifery and science: paradigms and paradoxes. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 46, 91-97.
- Kennedy, H. P., Rousseau, A. L., & Low, L. K. (2003). An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery*, 19(3), 203-214.
- Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U., & Kravetz, M. K. (2004). The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(1), 14-23.
- Kitzinger, S. (1991). Childbirth and society. Dans I. Chalmers, M. Enkin, M. Kierse (Éds), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (p. 99-109). Oxford : Oxford University Press.
- Lachapelle, M. (2005). *Accoucher en Maison de naissance : récits de femmes québécoises sur le corps, la douleur et les émotions*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Lacharité, C. (2004). La paternité: enjeux sociaux pour les psychologues. *Psychologie Québec, Mars*, 28-31.
- Lacharité, C., de Montigny, F., Miron, J. M., Devault, A., Desmet, S., Mailhot, & Brin, L. (2005). *Le soutien professionnel aux parents à risque ou en difficulté*. Trois-Rivières : GREDEF.
- Lacharité, C., Mailhot, L., Boilard, H., & Déziel, N. (2004). L'accompagnement à la naissance : une forme de soutien efficace pour promouvoir l'adaptation parentale des pères et des mères lors de la période postnatale. Dans C. Lacharité, G. Pronovost. (Éds), *Comprendre la famille*, (vol. 7, p. 31-52). Ste-Foy : Presse de l'université du Québec.
- Laforce, H. (1986). L'accouchement traditionnel : d'hier à aujourd'hui. Dans F. Saillant, M. O'Neil (Éds), *Accoucher autrement* (p. 31-37). Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Laforest, M., Vincent, D., & Deshaies, D. (2002). *La perception de la pratique sage-femme. Rapport préliminaire*. Document inédit, Université Laval.
- Laforest, M., Vincent, D., & Robert, J. (2004). *La perception de la formation à la pratique sage-femme et l'intégration des valeurs fondamentales de la profession*. Rapport de l'enquête menée auprès des étudiantes au baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Lafrance, J., & Mailhot, L. (2005). L'empowerment : un concept adapté à la pratique sage-femme. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 4(2), 5-15.
- Lamb, M. (2000). The history of research on father involvement: an overview. *Mariage and Family Review*, 29, 23-42.
- Lanoue J., & Cloutier, R. (1996). *La spécificité du rôle du père auprès de l'enfant*. Centre de recherche sur les services communautaires, Association des Centres jeunesse, Université Laval.
- Lavender, T., Walkinshaw, S., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience, *Midwifery*, 15, 328-334.
- Le Bossé, Y., & Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés: une autre façon d'intervenir. Dans Dufort, F. et Guay, J. (Éds.), *Agir au cœur des communautés: l'intervenant comme agent de changement social* (p. 75-115). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Lehrman, E. J. (1988). *A theoretical framework for nurse-midwifery practice*. Dissertation, Tucson (AZ) : University of Arizona.
- Lemay, C. (1998). *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Lemay, C. (2004). *L'expérience vécue d'une pratique sage-femme*. Projet de thèse, document inédit, Université de Montréal.
- Lemay, C. (2006). Le risque de naître. *Les Dossiers de l'obstétrique*, 349, 5-13.
- Levi, A. (2000). *Development of antenatal data set elements for nurse-midwifery care*. Burlington : University of Vermont.
- Lundgren, I., Berg, M., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience's of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12, 11-15.
- Lynch, B. (2005). Midwifery in the 21<sup>st</sup> Century: the politics of economics, medicine, and health. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(1), 3-7.
- MacDorman, M. F., & Singh, G. K. (1998). Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *Journal Epidemiology & Community Health*, 52, 310-317.
- Marland, H., & Rafferty, A. M. (1997). *Midwives, Society and Childbirth: debates and controversies in the modern period*. London : Routledge.

- Marsiglio, W. (1995). *Fatherhood : Contemporary theory, research, and social policy*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Martin, K. (2002). *The Midwife as a teacher: Dialogue with the Confidence in the Women*. Mémoire de maîtrise inédit, Université McGill.
- Ménard, A. M. (1999). *Représentation du rôle paternel chez les infirmières*. Mémoire de maîtrise inédit, Université d'Ottawa.
- Michaelson, K. (1988). *Childbirth in America : anthropological perspectives*. Mass.: Bergin & Growey, South Hadley.
- Midmer, D. K. (1992). Does family-centered maternity care empower women? The development of the woman-centered childbirth model. *Family Medecine*, 24(3), 216-221.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1993). *Politique de périnatalité*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Projets-pilotes sages-femmes : Rapport final et recommandations*. Conseil d'évaluation des projets-pilots, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Pratiques des sages-femmes. Recommandations ministérielles*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Bilan de la politique de périnatalité : dans le cadre des travaux de mise à jour de la politique de périnatalité*. Service de l'évaluation, Direction de la santé physique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Compilations produites par le service de la surveillance de l'état de santé*. Direction générale de la santé publique, juillet.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Projet de politique de périnatalité, Document de travail*. Version du 18 avril, Direction des services médicaux généraux et pré hospitaliers, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire.
- Morten, A., Kohl, M., O'Mahoney, P., & Pelosi, K. (1991). Certified-nurse-midwifery care of postpartum patient. *Journal of Nurse Midwifery*, 36, 276-288.
- Murphey-Lawless, J. (1998) *Reading birth and death : A History of Obstetric Thinking*, Indianapolis : Indiana University Press.

- Myers-Ciecko, J. A. (1991). Direct-entry midwifery in the USA. Dans S. Kitzinger (Ed), *The Midwife Challenge* (p. 61-84). Londres : Pandora.
- Oakley, D., Murray, M. E., Murtland, T., Hayashi, R., Anderson, F., Mayes, F., & Rooks, J. (1995). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and nurse-midwives. *Obstetric Gynaecologic*, 88, 823-829.
- Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*, 24(1), 4-13.
- Olsson, P., & Jansson, L. (2001). Patterns in midwives' and expectant/new parents' ways of relating to each other in ante- and postnatal consultations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 113-122.
- Page, L. A. (2003). Women-centered, midwife-friendly care : principles, patterns and culture of practice. Dans Fraser D.M., Cooper M.A. (Éds.) *Myles' textbook for midwives*, 14<sup>th</sup> edition (p. 31-47). Edinburg : Churchill Livingstone.
- Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en générale et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'association pour la recherche qualitative*, 15, 179-194.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : A. Colin.
- Quéniart, A. (1999). Émancipation ou désancrage social: deux représentations de la rupture parentale chez les pères n'ayant plus de contacts avec leur enfant. *Déviance et société*, 23(1), 91-104.
- Raisler, J. (2000). Midwifery care research: what questions are being asked? What lessons have been learned? *Journal Midwifery Women's Health*, 45, 20-36.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. London : Chapman et Hall.
- Reed, R. (2005). *Birthing Fathers: The transformation of men in American rites of birth*. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (2006). *Les enjeux de l'intégration des sages-femmes: s'intégrer sans se désintégrer*. Actes du colloque, mars, Montréal.
- Renfrew, M. J., Raisler, J., Kennedy, H., & Mudokwenyu-Rawdon, C. (2003). Conducting international research in midwifery : a workshop held at the ICM Congress, Vienna April 2002. *Midwifery*, 19, 170-173.
- Rooks, J. P. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(4), 370-374.



- Rooks, J. P., Weatherby, N. L., Ernst, E. K., Stapleton, S., Rosen, D., & Rosenfield, A. (1989). Outcomes of care in Birth Centers. The National Birth Center study. *New England Journal Medical*, 321(26), 1804-1811.
- Rothman, B. K. (1989). *Recreating Motherhood: ideology and technology in a patriarchal society*. New York : W. W. Norton & Company.
- Rotundo, E. A. (1993). *American manhood*. New York : Basis Books.
- Saillant, F., Desjardins, D., & O'Neill, M. (1986). *Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise*. Sainte-Foy, Québec : Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Saillant, F., & O'Neill, M. (1987). *Accoucher autrement*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Santo, L. C. E., & Bonilha, A. L. L. (2000). Expectations, feelings and experiences of the father during the delivery and birth of his baby. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 21(2), 87-109.
- Singh, D., & Newburn, M. (2003). What men think of midwives. *Midwives*, 2, 70-74.
- SOM (2005). *Études des attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité*. Rapport pour le Ministère de la santé et des services sociaux.
- Spurgeon, P., Hicks, C., & Barwell, F. (2001). Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot changing birth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery*, 17(2), 123-132.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York : BasicBooks.
- Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (1998). *The Birth of a Mother: How the motherhood experience changes you forever*. New York : BasicBooks.
- Thompson, J. (2004). A human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(3), 175-181.
- Thompson, J. (1986). Nurse-midwifery care: 1925 to 1984. *Annual Review Nursing Research*, 4, 153-173.
- Thompson, J., Oakley, D., Burke, M., Jay, S., & Conklin, M. (1989). Theory building in nurse-midwifery: the care process. *Journal of Nurse-Midwifery*, 34(4), 120-130.
- Thomson, A. (2003). Are midwives and obstetricians interchangeable? *Midwifery*, 19(3), 161-162.

- Thomson, A. (2004). Politics, normal birth and midwifery. *Midwifery*, 20(3), 215-216.
- Thorstenes, K. (2000). Trusting women: Essential to midwifery. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(5), 405-407.
- Tremblay, J. (1983). *Un savoir de sage-femme*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Turkel, K. D. (1995). *Women, Power, and Childbirth*. London : Bergin and Garvey.
- Université du Québec à Trois-Rivières (2006). *Rapport d'évaluation du baccalauréat en pratique sage-femme*. Document inédit.
- Vehviläinen-Julkunen, K., & Liukkonen, A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*, 14, 10-17.
- Viossat, P., & Pons, J. C. (2001). Maisons de naissance: revue de la littérature. *Journal de gynécologie, d'obstétrique et de biologie de la reproduction*, 30, 680-687.
- Walker, J., Hall, S., & Thomas, M. (1995). The experience of labour : a perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*, 11, 120-129.
- Walsh, D. (1999). An ethnographic study of women's experience of partnership caseload midwifery practice: The professional as a friend. *Midwifery*, 15, 165-175.
- Walsh, D. (2006). Nesting and Matrescence as distinctive features of a free-standing birth center in the UK. *Midwifery*, 22, 228-239.
- Wiegers, T., Keirse, M., van der Zee, J., & Berghs, G. (1996). Outcome of planned home and planned hospital births in low risks pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *British Medical Journal*, 313, 1309-1313.
- Wilkins, R. (2000). Poor relations: the paucity of the professional paradigm. Dans M. Kirkham (Éd), *The Midwife-Mother Relationship* (p. 28-54). Londres : Macmillan.

## *Appendice A*

### Définition internationale de la sage-femme

"Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure d'assurer la supervision et de donner les soins et les conseils nécessaires, à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa propre responsabilité et prodiguer les soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. La sage-femme joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais aussi pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent, et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise."

Pratique des sages-femmes: Recommandations ministérielles,  
Gouvernement du Québec, 1998.

Récupéré le 15 avril 2007 <http://www.rsfq.org/SECTION2/definition.html>

### *Appendice B*

Mise à jour des orientations du projet de Politique de périnatalité (MSSS, 2006) :  
description schématique de ces orientations de nature organisationnelles et fonctionnelles

- Étendre le réseau des maisons de naissance en utilisant les infrastructures existantes et en faisant en sorte que, dans les CSSS, il y ait des lieux physiques dédiés à l'ensemble de la clientèle de périnatalité. C'est à l'intérieur de ses lieux multifonctionnels qu'œuvreraient principalement les sages-femmes.
- Que soit renforcé, notamment par des ententes formelles, l'axe « maison de naissance – milieu hospitalier » de manière à faire en sorte que 50 % des accouchements assistés par une sage-femme soient fait en milieu hospitalier et à assurer une continuité fluide des soins pour les femmes suivies par des sages-femmes<sup>1</sup>.
- Plusieurs objectifs poursuivis par le MSSS réfèrent à ce qu'il nomme « l'effet sage-femme », c'est-à-dire l'influence informelle de l'approche physiologique et globale qui caractérise la pratique des sages-femmes sur la nature des services périnataux offerts en milieu hospitalier (donc promouvoir le développement d'une approche moins interventionniste et qui reconnaît davantage les compétences des parents).
- Qu'une *promotion* plus active soit faite des services des sages-femmes auprès des femmes défavorisées et peu scolarisées et qu'une *priorité* à ces services soit accordée à celles-ci.
- Mettre en place des mécanismes de liaison et de référence à l'intérieur des réseaux locaux de services de manière à permettre aux sages-femmes de mieux fournir aux femmes qu'elles suivent les informations sur les services existants et les réfèrent au besoin.
- Créer des lieux d'échanges et de concertation professionnels auxquels participeraient activement les sages-femmes.
- Favoriser la participation des sages-femmes à des comités locaux et régionaux.
- Que les sages-femmes s'impliquent dans les activités de santé publique (surveillance, prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être).

Lacharité, C., & Baker, M. (2006) : *Les services sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Document inédit. GREDEF.

*Appendice C*

Les maisons de naissance au Québec

### Les maisons de naissance au Québec

Centre de maternité de l'Estrie  
65 rue de la croix  
Sherbrooke, (Québec)  
J1C 0M2

Maison de naissance Côte-des-Neiges  
6560, Chemin de la Côte-des-Neiges  
Montréal, (Québec)  
H3S 2A7

Maison de naissance CSSS Lac-Saint-Louis  
180, avenue Cartier, 3e étage  
Pointe-Claire, (Québec)  
H9S 4S1

Maison de naissance Colette-Julien  
40, rue Saint-Paul  
Mont-Joli, (Québec)  
G5H 1B9

Maison de naissance Mimosa  
182, rue de l'Église  
Saint-Romuald, (Québec)  
G6W 3G9

Maison de naissance de l'Outaouais  
175, rue Jean-René-Monette  
Gatineau, (Québec)  
J8P 5B9

Maison de naissance de la Rivière  
1275, rue Saint-Jean-Baptiste  
Nicolet, (Québec)  
J3T 1W4

Maison de naissance Le Boisé  
6, 70ième Avenue Ouest  
Blainville, (Québec)  
J7C 1R6

Centre de santé Innulitsivik  
Povungnituk, (Québec)



*Appendice D*

Dépliant du Ministère de la santé et des services sociaux  
sur les services sages-femmes

Site du Ministère de la santé et des services sociaux Québec *Récupéré le 12 avril 2007*

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/Publordrealpha?openview&startkey=s&count=58>

Publication de 2004



## Une oreille attentive pour vous au cours de votre grossesse

La sage-femme prend le temps de vous écouter ; elle répond à vos questions, vous aide à vivre votre grossesse en toute confiance et discute avec vous de la manière dont vous désirez vivre la naissance de votre enfant afin de vous y préparer. Elle accorde beaucoup d'importance, durant cette période, à l'information, au soutien et à la prévention.

## Une présence réconfortante pendant l'accouchement

La sage-femme demeure avec vous et vos proches pendant toute la durée de l'accouchement et pendant les heures qui suivent. C'est elle qui vous assiste pendant votre accouchement. Elle offre un soutien psychologique et veille à votre bien-être et à celui de votre bébé.

## Un soutien constant dès votre retour à la maison

La sage-femme se rend à votre domicile dans les premiers jours après la naissance de votre bébé et assure aussi le suivi nécessaire pendant les premiers mois suivant la naissance. Elle surveille l'état de votre santé et celle du nouveau-né. Elle vous aide, en tant que parents, à vous adapter à l'arrivée de votre bébé.



Monique accompagne Geneviève et Laurent durant la grossesse de Geneviève, au moment de son accouchement et bien après...



## La formation

La sage-femme qui exerce sa profession possède un permis de pratique et est membre en règle de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). Pour devenir sage-femme, il faut détenir un baccalauréat en pratique sage-femme. Un programme universitaire d'une durée de quatre ans est offert par l'Université du Québec à Trois-Rivières. Comme toute professionnelle de la santé, la sage-femme doit également maintenir ses connaissances à jour au moyen de la formation continue. À titre d'exemple, elle se doit de renouveler des certifications reconnues en urgence obstétricale et néonatale.

la sage-femme met en œuvre toute sa compétence et son savoir-faire pour assurer le bien-être et le confort de la mère et du nouveau-né.

## Les services offerts

Au Québec, ce sont les CLSC qui offrent les services de sages-femmes. Comme il s'agit d'un service du réseau public de la santé et des services sociaux, les femmes n'ont rien à déboursier si elles ont une carte valide d'assurance maladie du Québec. La Loi sur les sages-femmes mentionne que les femmes peuvent accoucher, accompagnées d'une sage-femme, dans différents lieux de naissance, c'est-à-dire opter pour une maison de naissance, le centre hospitalier ou le domicile.

Disponible en tout temps, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, la sage-femme est présente tout au long de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale, assurant ainsi une continuité de soins auprès de la clientèle.

## L'admissibilité aux services

Toute femme en âge de procréer peut être suivie par une sage-femme. Le champ de pratique de la sage-femme étant délimité par la « grossesse normale », elle procède, au cours de la première rencontre, à l'évaluation de la femme enceinte, afin de s'assurer que celle-ci satisfait aux critères d'admissibilité lui permettant de recevoir ses services.

Une sage-femme, c'est une  
 professionnelle de la santé pour qui la  
 grossesse, l'accouchement et la période  
 postnatale constituent des événements  
 sains, naturels et normaux. Pour elle,  
 les mères possèdent les capacités  
 nécessaires pour mettre au monde leur  
 enfant et en prendre soin. La sage-femme  
 est centrée sur leurs besoins pour mieux  
 y répondre. Son intervention est continue  
 et elle assure un suivi complet pendant  
 la période pré, per et postnatale.  
 Elle offre également des soins globaux,  
 tenant compte des dimensions physique,  
 psychologique et sociale de cet  
 événement unique qu'est la naissance  
 d'un enfant.

## Une approche sécuritaire

Membres en règle d'un ordre professionnel au même titre que les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, les sages-femmes possèdent la compétence, la formation et l'équipement nécessaires pour assurer aux parents que la naissance de leur enfant se déroulera dans un environnement sécuritaire.

Puisqu'il s'agit d'une professionnelle de la santé, experte en la grossesse normale et de l'accouchement, la sage-femme est en mesure de dépister les risques de façon précoce chez la femme enceinte et le nouveau-né. Si des complications surviennent, elle assure les soins nécessaires et voit soit la consultation d'un médecin ou au transfert de la mère et de l'enfant en centre hospitalier.

Quelles que soient les circonstances de l'accouchement, la sage-femme met en œuvre toute sa compétence et son savoir-faire pour assurer le bien-être et le confort de la mère et du nouveau-né. Par la qualité de son suivi, la sage-femme prévient les interventions non nécessaires, dans un climat d'écoute où elle tient compte à la fois de la femme qui accouche et de ses proches.

## Des résultats positifs pour la santé des mères et des bébés

Les résultats de la recherche, dans le cadre des projets pilotes sur la pratique sage-femme, indiquent une utilisation moins fréquente des technologies médicales, une diminution des interventions obstétricales (césariennes, forceps, épisiotomie), une réduction importante des déchirures du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré, ainsi qu'un nombre moindre de naissances prématurées et de bébés de petits poids.

## Avoir recours aux services

d'une sage-femme,  
 pour Geneviève et Laurent,  
 est un choix tout

*Appendice E*

Philosophie des sages-femmes telle que présentée  
par l'Ordre des sages-femmes du Québec

Site de l'ordre des SF du Québec *Récupéré le 12 avril 2007*  
[http://www.osfq.org/lsfq/index\\_philosophie.html](http://www.osfq.org/lsfq/index_philosophie.html)

## **Philosophie**

**La pratique des sages-femmes** est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes.

**Les sages-femmes** reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. La responsabilité des professionnelles de la santé est d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir, en sécurité et dans la dignité.

**Les sages-femmes** respectent la diversité des besoins des femmes et la pluralité des significations personnelles et culturelles que les femmes, leur famille et leur communauté attribuent à la grossesse, à la naissance, et à l'expérience de nouveau parent.

**La pratique des sages-femmes** s'exerce dans le cadre d'une relation personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes. Cette relation se bâtit dans la continuité des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

**Les sages-femmes** encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnelles de la santé. Elles reconnaissent que la décision finale appartient à la femme.

**Les sages-femmes** respectent le droit des femmes de choisir leur professionnelle de la santé et le lieu de l'accouchement, en accord avec les normes de pratique de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Les sages-femmes sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, incluant le domicile dès que l'assurance professionnelle est en ordre.

**Les sages-femmes** considèrent que la promotion de la santé est primordiale dans le cycle de la maternité. Leur pratique se base sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie.

**Les sages-femmes** considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles. Elles croient que le meilleur moyen d'assurer le bien-être de la mère et de son bébé est de centrer les soins sur la mère.

**Les sages-femmes** encouragent le soutien des familles et de la communauté comme moyens privilégiés de faciliter l'adaptation des nouvelles familles

**Spécificité de la pratique** Le suivi de la sage-femme va bien au-delà de la stricte naissance du bébé. La relation entre la sage-femme et la future maman commence dès le début de la grossesse et dure jusqu'à la période postnatale. La professionnelle est là tout au long des processus physiologiques normaux se présentant au cours de la grossesse ainsi que pendant et après l'accouchement. Elle guide la femme et sa famille à traverser cette grande étape de transformation.

**Exercice exclusif** La profession de sage-femme est une profession à exercice exclusif. Pour utiliser le titre de sage-femme ou pour poser un ou des actes faisant partie du champ de pratique, il faut faire partie de l'OSFQ. Donc, nulle ne peut se prétendre sage-femme sans être titulaire d'un permis et être inscrite au tableau de l'OSFQ pratique, il faut faire partie de l'OSFQ. Donc, nulle ne peut se prétendre sage-femme sans être titulaire d'un permis et être inscrite au tableau de l'OSFQ.

**Champ de pratique** Le champ de pratique de la sage-femme comprend tous les actes ayant « (...) pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale. » (Loi sur les sages-femmes)

**Historique de l'Ordre des sages-femmes du Québec** L'Ordre a vu le jour à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi sur les sages-femmes du Québec, le 19 juin 1999. Toutefois, l'Ordre devait pouvoir assumer son mandat à compter du 24 septembre 1999. Dès 1990, des projets pilotes en pratique sage-femme ont été mis sur pied et, suite aux résultats favorables obtenus, le conseil d'évaluation a recommandé de reconnaître officiellement la pratique des sages-femmes.

*Appendice F*

Normes de publications

Revue Québécoise de Psychologie

Midwifery



NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES  
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE

(révision effectuée en septembre 2005)

*Informations générales*

1. Les manuscrits sont soumis à l'adresse suivante : Revue québécoise de psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7. Courriel : [revuepsy@uqtr.ca](mailto:revuepsy@uqtr.ca). Site web : <http://www.rqpsy.qc.ca>
2. Il est impératif que les textes soumis soient inédits et non soumis dans une autre revue.
3. **Aucune soumission d'article ne sera acceptée par voie électronique.** Les textes doivent être soumis en quatre exemplaires pour permettre leur évaluation par trois membres du comité de lecture. Ils doivent respecter les normes habituelles de présentation des rapports scientifiques. Ils comptent un **maximum de 25 pages** dactylographiées à double interligne sur papier format lettre et sont accompagnés d'un résumé rédigé en *français* et en *anglais*, des mots clés en *français* et en *anglais* ainsi que du titre en *français* et en *anglais*.
4. Le texte final en traitement de texte microsoft word (Mac ou IBM) doit être accompagné d'une disquette (haute densité) ainsi que des informations nécessaires relatives à cette disquette.
5. La page couverture indique le titre (en français et en anglais), le nom de l'auteur (ou des auteurs), l'endroit où il(s) travaille(nt) ainsi que leurs coordonnées détaillées (numéros de téléphone, de télécopieur, courriel); celle-ci ne sera pas envoyée aux membres du Comité de lecture afin de préserver l'anonymat des auteurs. La page qui suit donne uniquement le titre, les résumés et mots clés (en français et en anglais).
6. Une seule adresse de correspondance sera imprimée (p. ex., Adresse de correspondance : Nom, fonction, service, organisme, adresse postale. Téléphone. Télécopieur. Courriel). Néanmoins, les adresses des autres auteurs sont essentielles pour les éventuels contacts lors de la mise en page de l'article.

## Évaluation des articles

Tout article reçu est d'abord vérifié sur le plan de la correspondance aux normes (nombre de mots pour le titre, pour les mots clés, pour les résumés; nombre de pages; présentation des références). Ensuite, il est soumis anonymement à trois membres du comité de lecture qui en donnent une appréciation. Le verdict des trois lecteurs est ensuite transmis avec des recommandations à l'auteur. Celui-ci est ensuite responsable de faire les corrections demandées. Lorsque l'auteur a effectué les corrections demandées, il fait parvenir le texte final en deux exemplaires (en plus de la disquette). Lorsque l'article est accepté pour publication, il est mis en page par la secrétaire, vérifié par la réviseuse de textes et relu par l'un ou l'autre des membres de la direction de la Revue. Les épreuves de l'article sont envoyées à l'auteur avant l'impression et doivent être retournées dans les 48 heures. Dès la publication, l'auteur (ou le 1<sup>er</sup> auteur) de l'article reçoit 10 tirés à part ainsi qu'une version électronique de l'article. Le délai de publication est fonction du nombre d'articles à publier avant le présent article.

### La qualité du français

Les articles doivent être rédigés dans une langue correcte et accessible à la majorité des lecteurs et lectrices (professionnelles et professionnels qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession). Si la traduction d'un terme technique pose problème, il est alors indiqué d'écrire le terme original entre parenthèses, à côté de la traduction qu'on en fait. Tout terme provenant d'une langue étrangère doit être en italiques. Les titres d'ouvrage ou de test doivent être mis en italiques.

Les **marges** (haut, bas, gauche et droite) sont de **1 pouce (2,54 cm)**.

**Caractères** : Arial 10

**Titre de l'article en français** : 10 points, majuscules, gras et ne comportant **pas plus de 15 mots**

**Titre de l'article en anglais** : 10 points, majuscules, gras

*Le nom de l'auteur ou des auteurs et appartenance*

Ex. :        *Colette Jourdan-Ionescu (en 10 pts)*  
               *Université du Québec à Trois-Rivières (8 pts)*

*Début des paragraphes par un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm)*

**Niveaux de titre : Les titres ne doivent pas être des phrases (donc ne comportent pas de verbe et n'ont pas de ponctuation)**

- 1<sup>er</sup> niveau de titre : Caractères : 10 pts, majuscules + gras + 1 ligne avant le titre
- 2<sup>e</sup> niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + gras + 1 ligne avant le titre
- 3<sup>e</sup> niveau de titre : Caractères : 9 pts, minuscules + gras + italique + 1 ligne avant le titre
- 4<sup>e</sup> niveau de titre : Caractères : 9 pts, minuscules + gras + italique + début du paragraphe en retrait

**Citations :** Les citations provenant d'auteurs de langue anglaise doivent être traduites en français. Il faut les présenter en retrait de 0,4 pouces (0,63 cm) à gauche et à droite et inclure la référence (auteur, année et page).

*Résumés (français et anglais) **comportant au maximum 100 mots***

Ceux-ci sont en Arial (8 pts) et commencent aussi avec un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm). Ils sont en italiques.

*Mots clés (français et anglais) **comportant au maximum 6 mots***

Ceux-ci sont en Arial (8 pts).

*Signes de ponctuation*

- Un espace avant et après le « : »
- Un espace avant et après le « % »
- Un espace avant et après le « = »
- Un espace après le point
- Un espace après le point-virgule
- Un espace après la virgule
- Un espace après le point d'interrogation, le point d'exclamation.

**Appels de notes de bas de page :** en 8 pts

**Notes de bas de page :** en 8 pts

**Parenthèses :** Des parenthèses carrées sont utilisées lorsque des parenthèses rondes sont à l'intérieur, par exemple, [ $F(1,23) = 29,69; p < .01$ ].

Description de l'échantillon : N (échantillon complet) et n (échantillon partiel).

**Chiffres** : Dans le texte, les chiffres inférieurs ou égaux à 10 doivent être écrits en lettres (par exemple, dix des 320 sujets...).

### Résultats statistiques

Le système métrique exige, en français, l'utilisation de la virgule comme séparateur des unités et des décimales, par exemple 3,5 cm. Par contre, pour certaines notations statistiques comme les seuils de signification et les corrélations, étant un système indépendant du système métrique, il faut pour ces dernières employer le point (par exemple,  $r(45) = .73$ ,  $p < .01$ ). Bien que les programmes statistiques donnent plusieurs chiffres après le point décimal, l'usage exige de ne donner que deux chiffres après le séparateur en arrondissant.

Les statistiques exposées dans le texte doivent toujours comporter le symbole du test, le nombre de degrés de liberté s'il y a lieu, la valeur exacte de la statistique et le seuil de signification. Toutes ces notations sont en italiques, comme dans les exemples suivants :

- $t(16) = 2,62$ ;  $p < .01$
- $F(1,58) = 29,59$ ;  $p < .001$
- $r(59) = .87$ ;  $p < .01$
- $r(22) = .21$ ; n.s.
- $ET(2,62)$

Notez bien qu'il n'y a pas d'espace entre le symbole du test et la parenthèse qui présente les degrés de liberté. De plus, le test  $X^2$  se présente avec les degrés de liberté et la taille de l'échantillon entre parenthèses. Par exemple :  $X^2(2, 125) = 10,51$ ;  $p < .05$

En outre, le texte doit présenter les statistiques descriptives utiles à la compréhension du sens de l'effet mis en évidence par la statistique inférentielle. L'exemple suivant illustre cette remarque :

- Seules les observations de jeu ont démontré une différence significative, les garçons jouant plus souvent ( $M = 3,24$ ) que les filles ( $M = 1,45$ ) de façon solitaire [ $t(79) = 1,97$ ;  $p < .05$ ].

### Tableaux et figures

Les Tableaux et les Figures sont regroupés après les références. L'endroit où ils doivent être insérés est indiqué dans l'article. Les Tableaux comportent un numéro, un titre. Les

Figures comportent un numéro, un titre et des légendes qui les rendent aisément compréhensibles.

Les Tableaux ou Figures sont annoncés dans le texte d'une des façons suivantes (attention de toujours mettre une majuscule aux mots Tableau et Figure) :

- Le Tableau 1 présente un résumé de...
- Comme le Tableau 1 l'indique...
- (...) l'analyse de variance (voir Figure 1).

Ci-dessous se trouve un exemple de Tableau et un de Figure [porter une attention spéciale à la façon d'écrire les titres (en gras, 9 pts)] :

**Tableau 1** Cotes moyennes et écarts types des deux groupes dans chacune des quatre catégories de loisirs

Groupe	Catégorie			
	1	2	3	4
<b>Expérimental</b>				
M	32,45	35,98	33,78	21,67
ÉT	3,6	3,8	2,8	4,1
<b>Contrôle</b>				
M	22,67	54,78	21,33	34,57
ÉT	2,7	3,4	3,4	4,1

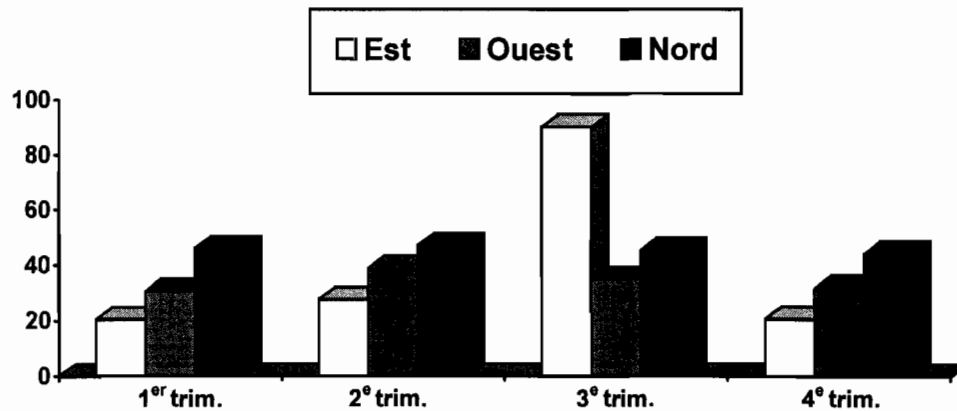


Figure 1 Répartition trimestrielle du nombre de clients selon la provenance

## Références

Toute référence introduite dans l'article comporte le nom de l'auteur, la date de parution de son ouvrage ainsi que, s'il s'agit d'une citation, la page. Les références sont regroupées sur des feuilles séparées, à la fin de l'article, par ordre alphabétique d'auteurs. La liste des références doit correspondre **exactement** aux auteurs cités dans le texte.

Lorsqu'on cite une publication faite par deux auteurs, on nomme les deux auteurs. Lorsqu'on fait référence à un ouvrage publié par *plus de deux auteurs*, on les cite tous à la première mention; ensuite, on cite le premier auteur en ajoutant "*et al.*". Lorsque la référence comporte plus d'un auteur, le dernier est relié par "et"; la perluète (&) n'est pas acceptée. Cette règle vaut pour les références introduites dans le texte et pour celles regroupées à la fin de l'article. Voici quelques exemples de références pour les trois cas les plus fréquents : un livre, un chapitre dans un ouvrage et un article.

### Livre

Vézina, J., Cappeliez, P. et Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Les noms du titre d'un volume en anglais sont en minuscules, exception faite de la première lettre du premier mot : *Psychology of aging*.

### Chapitre

Alain, M. (1993). Les théories sur les motivations sociales. In R. J. Vallerand et E. E. Thil (Éds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (p. 465-507). Laval (Québec) : Éditions Études Vivantes.

**Article**

Beaudin, G. et Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail : définition, composantes et mesures. *Revue québécoise de psychologie*, 16(1), 185-201.

- Le titre de la revue lorsqu'il est en anglais doit s'écrire avec une majuscule à chacun des mots.
- Lorsque plusieurs auteurs sont cités pour une même idée, l'ordre alphabétique est nécessaire (p. ex., Béland, 2001; Normandin et Cossette, 1998; Trudel et Morinville, 1997).

**Il est impératif de veiller à l'exacte correspondance entre les références rapportées dans le texte et celles regroupées à la fin.**

---

Si les directives ne sont pas suivies ou si l'auteur tarde à répondre aux demandes du Comité de lecture, la publication des articles risque d'être retardée.

---

***Revue québécoise de psychologie***

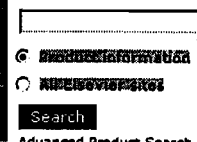
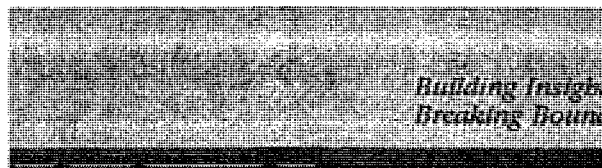
Département de psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7

Courriel : [revuepsy@uqtr.ca](mailto:revuepsy@uqtr.ca)

Site web : <http://www.rqpsy.qc.ca>



## Products

## Midwifery

## Journal information

Product description  
Editorial board  
Abstracting/indexing

## Subscription information

Bibliographic and ordering information  
Conditions of sale  
Dispatch dates

## Journal related information

Impact factor  
Most downloaded articles  
Other journals in same subject area

## Support &amp; contact

## About Elsevier

## Select your view

## MIDWIFERY

## Guide for Authors

Dr Debra Bick, the editor of *Midwifery*, welcomes manuscripts for consideration for publication in the journal.

Submission to this journal proceeds totally online. Use the following guidelines to prepare your article. Via the journal page <http://ees.elsevier.com/ymidw> you will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files. The system automatically converts source files to a single Adobe Acrobat PDF version of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail and via the Author's homepage, removing the need for a hard-copy paper trail.

Alternatively, in the instance when authors are unable to submit online, the editorial office may accept postal submissions at Midwifery Editorial Office, Elsevier Ltd., Stover Court, Bampfylde Street, Devon, Exeter, EX1 2AH, UK. Please do NOT submit via both routes. This will cause confusion and may lead to your article being reviewed and published twice.

The above represents a very brief outline of this form of submission. It can be advantageous to print this "Guide for Authors" section from this site for reference in the subsequent stages of article preparation.

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all Authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the Publisher.

## Ethics

## Patient Confidentiality

Identifiable clinical photographs can only be included in the journal if they are accompanied by written permission from the subject or the subject's next-of-kin. Without permission such illustrations will be masked or cropped to render them unidentifiable. Please indicate where the illustration can be cropped or masked if permission for reproduction has not been obtained.

## Authorship

All authors should have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted.

## Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship as defined above should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support. Authors should disclose whether they had any writing assistance and identify the entity that paid for this assistance.

## Conflict of Interest

At the end of the text, under a subheading "Conflict of interest statement" all authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding.

## Presentation of Typescripts

Full length articles should be approximately 5,000 words in length. Authors are required to submit manuscripts according to the requirements of the Instructions to Authors. Please note that papers not formatted in this manner will be returned to the author for amendment before entering into the editorial and peer review process. In particular please take care to follow the instructions for the formatting of references.

Authors are encouraged to submit electronic artwork files. Please refer to <http://www.elsevier.com/authors> for guidelines for the preparation of electronic artwork files. To facilitate anonymity, the author's names and any reference to their addresses should only appear on the title page. Please check your typescript carefully before you send it off, both for correct content and typographic errors. It is not possible to change the content of accepted typescripts during production.

## Title

The title page should be provided as a separate file. Your title page should give the title in capital letters below which should be the authors' names (as they are to appear) in lower-case letters. For each author you should give one first name as well as the surname and any initials. You should give a maximum of four degrees/qualifications for each author and the current relevant appointment only. Authors' addresses should be limited to the minimum information needed to ensure accurate postal delivery; these details should be on the title page below the authors' names and appointments. Authors should also provide a daytime contact telephone number and fax number and e-mail address.

## Title

Headings in the article should be appropriate to the nature of the paper. Research papers should follow the standard structure of: Introduction (including review of the literature), Methods, Findings and Discussion.

## Keywords

Include three or four keywords. The purpose of these is to increase the likely accessibility of your paper to potential readers searching the literature. Therefore, ensure keywords are descriptive of the study. Refer to a recognised thesaurus of keywords (e.g. CINAHL, Medline) wherever possible.

## Abstract

A summary should be in the 'Structured Summary Format' giving objective, design, setting, participants, interventions (if appropriate), measurements and findings, key conclusions and implications for practice (see Vol 10, p58 for further information).



**Reference Format**

The accuracy of the references is the responsibility of the author. References in the text should state the author's surname and the year of the publication (Bick 2006). If there are two authors give both surnames (Walsh & Downe 2006). When a source has more than two authors the surname of the first author should be given followed by 'et al' (Nassar et al 2007). Where a quotation is used within the paper the author, date and page number should be given, e.g. 'False conclusions about the effects of care result in some women and babies being denied effective care during pregnancy and childbirth, and others being offered care which is either ineffective, or actually harmful' (Chalmers 1989 p3).

A list of all the references cited in the manuscript should be typed in alphabetical order, double spaced, on a separate sheet. Each reference should include the authors' surnames and initials, year of publication, full title of paper, full name of journal, volume number, and first and last page numbers. Where the paper has several authors the surnames and initials of the first three should be given followed by 'et al'.

For example: Hunter B 2006 The Importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 22:308-322

Kennedy HP, Renfrew MJ, Banyana C et al 2006. The conduct of ethical research collaboration across international and culturally diverse communities. *Midwifery* 22:100-107

References to books should be given in a slightly different format as follows: Chalmers I 1989 Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M J N C (eds) *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, Oxford Field P A Morse J M 1985 *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Croom Helm, London.

**Citing and listing of Web references.** As a minimum, the full URL should be given. Any further information, if known (Author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

**Tables, Illustrations and Figures**

A detailed guide on electronic artwork is available on our website: <http://www.elsevier.com/authors> Preparation of supplementary data. Elsevier accepts supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, movies, animation sequences, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please ensure that data is provided in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

**Illustrations and tables that have appeared elsewhere** must be accompanied by written permission to reproduce them from the original publishers. This is necessary even if you are an author of the borrowed material. Borrowed material should be acknowledged in the captions in the exact wording required by the copyright holder. If not specified, use this style: 'Reproduced by kind permission of (publishers) from (reference)'. **Identifiable clinical photographs must be accompanied by written permission from the patient**

**Copyright Information**

Upon acceptance of an article, authors will be asked to sign a "Journal Publishing Agreement" (for more information on this and copyright see <http://www.elsevier.com/copyright>). Acceptance of the agreement will ensure the widest possible dissemination of information. An e-mail (or letter) will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: contact Elsevier's Rights Department, Philadelphia, PA, USA: phone (+1) 215 239 3804, fax (+1) 215 239 3805, e-mail [healthpermissions@elsevier.com](mailto:healthpermissions@elsevier.com). Requests may also be completed online via the Elsevier homepage <http://www.elsevier.com/locate/permissions>.

**Permissions Information**

Written permission to produce borrowed materials (quotations in excess of 100 words, illustrations and tables) must be obtained from the original copyright holders and the author(s), and submitted with the manuscript. Borrowed materials should be acknowledged in the captions as follows: 'Reproduced by kind permission of (publishers) from (reference)'.

**Special Subject Repositories**

Certain repositories such as PubMed Central ("PMC") are authorized under special arrangement with Elsevier to process and post certain articles such as those funded by the National Institutes of Health under its Public Access policy (see [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com) for more detail on our policy).

Articles accepted for publication in an Elsevier journal from authors who have indicated that the underlying research reported in their articles was supported by an NIH grant will be sent by Elsevier to PMC for public access posting 12 months after final publication. The version of the article provided by Elsevier will include peer-review comments incorporated by the author into the article. Because the NIH 'Public Access' policy is voluntary, authors may elect not to deposit such articles in PMC. If you wish to 'opt out' and not deposit to PMC, you may indicate this by sending an e-mail to [NJHauthorrequest@elsevier.com](mailto:NJHauthorrequest@elsevier.com)

**Authors' rights**

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights; for details you are referred to: <http://www.elsevier.com/wns/find/authors/home.authors/authorsrights>

**Page Proofs**

One set of page proofs in PDF format will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post). Elsevier now sends PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 7 available free from <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs. The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/acrrsystemreqs.html#70win>.

If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Therefore, it is important to ensure that all of your corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

**Offprints**

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail or, alternatively, 25 free paper offprints. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use.

#### Language Editing

Authors who require information about language editing and copyediting services pre- and post-submission please visit: <http://www.elsevier.com/wps/find/authors/home.authors/languagepolishing> or contact [authorsupport@elsevier.com](mailto:authorsupport@elsevier.com) for more information. Please note Elsevier neither endorses nor takes responsibility for any products, goods or services offered by outside vendors through our services or in any advertising. For more information please refer to our Terms & Conditions [http://www.elsevier.com/wps/find/termsconditions.cws\\_home/termsconditions](http://www.elsevier.com/wps/find/termsconditions.cws_home/termsconditions)

#### Submission checklist

It is hoped that this list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the journal's Editor for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

#### Ensure that the following items are present:

- One author designated as corresponding author: • E-mail address
- Full postal address
- Telephone and fax numbers
- All necessary files have been uploaded
- Keywords
- All figure captions
- All tables (including title, description, footnotes).

#### Further considerations

- Manuscript has been "spellchecked"
- References are in the correct format for this journal
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Web)
- Colour figures are clearly marked as being intended for colour reproduction on the Web (free of charge) and in print or to be reproduced in colour on the Web (free of charge) and in black-and-white in print.



[Home](#) | [Site map](#) | [Privacy policy](#) | [Terms and Conditions](#) | [Feedback](#) | A Reed Elsevier company  
Copyright © 2007 Elsevier B.V. All rights reserved.

## *Appendice G*

Lettre d'acceptation du comité d'éthique



Le 20 juin 2005

Madame Marleen Baker  
Étudiante au doctorat en psychologie

Madame,

Votre protocole de recherche intitulé **Représentation de la pratique sage-femme à l'égard des hommes chez les sages-femmes et les pères** a été soumis au comité d'éthique de la recherche pour approbation lors de la 100<sup>e</sup> réunion tenue le 17 juin 2005.

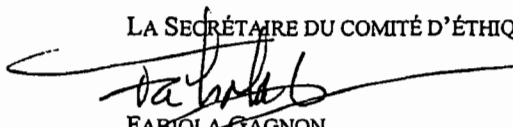
Suite à l'évaluation de votre protocole, le comité a émis un avis d'approbation définitive. Cependant, le titre de votre projet devrait être revu car il porte à confusion. Le comité vous suggère d'utiliser *La pratique sage-femme : un regard tourné vers les hommes*, tel qu'utilisé dans la feuille explicative destinée aux pères ou *La pratique sage-femme à l'égard des pères*, tel qu'utilisé dans le questionnaire de données générales sur la formation des sages-femmes ou *Représentation que se font les sages-femmes et les pères de la pratique sage-femme à l'égard des hommes*. Lorsque votre choix sera fait, veuillez modifier la section *Titre de la recherche* des vos trois formulaires de consentement et me transmettre votre choix pour que je puisse harmoniser le titre figurant sur votre certificat d'éthique.

Votre certificat portera le numéro CER-05-100-07.02, émis le 20 juin 2005. Une copie de votre certificat d'éthique, dont la période de validité est établie du 20 juin 2005 au 30 décembre 2006, vous sera transmise par courrier interne via votre directeur de thèse dès que le président y aura apposé sa signature.

Comme pour tous les protocoles acceptés, le comité d'éthique de la recherche exige de recevoir un court rapport final au terme de votre recherche. Je joins à la présente une liste non exhaustive des questions qui peuvent être abordées dans votre rapport. Ce dernier doit m'être transmis au plus tard un mois après la date d'expiration de votre certificat. Nous vous souhaitons tout le succès espéré dans la réalisation de cette recherche.

Veuillez agréer, Madame Baker, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE



FABIOLA GAGNON  
Agente de recherche  
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche  
FG/fg

c.c. : Jean-Marie Miron, professeur au Département des sciences de l'éducation

Pièce jointe: Rapport final

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**  
**DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE:**

Le Comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche:

intitulé: **La pratique sage-femme : représentations que se font les sages-femmes et les pères de la pratique sage-femme à l'égard des hommes**

chercheur: **BAKER, Marleen, Étudiante au doctorat, Département de psychologie**

organisme: **Aucun**

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des humains est conforme aux normes éthiques.

Période de validité du présent certificat : **Du 20 juin 2005 au 30 décembre 2006**

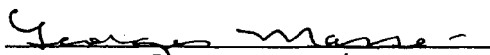
**COMPOSITION DU COMITÉ:**

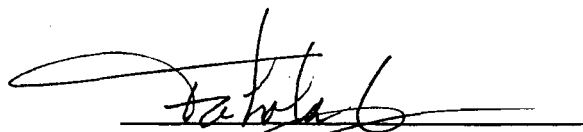
Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par la Commission des études:

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- un(e) étudiant(e) de troisième ou de deuxième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

**SIGNATURES:**

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le Comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

  
GEORGES MASSÉ  
Président du comité

  
FABIOLA GAGNON  
Secrétaire du comité

Certificat émis le 20 juin 2005  
CER-05-100-07.02  
DÉCSR

*Appendice H*

Formulaire de consentement pour les sages-femmes

*Sage-femme**Numéro d'identification :* ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Université du Québec à Trois-Rivières

*Formulaire de consentement*

à

*participer à une recherche**TITRE DE LA RECHERCHE*

La pratique sage-femme : représentations que se font les sages-femmes et les pères de la pratique sage-femme à l'égard des hommes.

**Nom des chercheurs/es et fonction**

Marleen Baker, candidate au doctorat	Chercheure principale	UQTR
Jean-Marie Miron, Ph.D.	Directeur de thèse	UQTR
Francine de Montigny, Ph.D.	Co-directrice de thèse	UQO

**Description du projet de recherche**

Cette étude porte sur les représentations de la pratique sage-femme à l'égard des hommes en maison de naissance au Québec. Ces hommes accompagnent une mère dont le suivi périnatal est fait par une sage-femme. Le projet a pour but de contribuer au développement de la pratique sage-femme au Québec.

**Objectifs poursuivis<sup>13</sup>**

1. Décrire la pratique sage-femme à l'égard des pères à partir de documents institutionnels (dossiers, dépliants, etc.);

<sup>13</sup> Les objectifs ont été modifiés en début d'expérimentation, les documents institutionnels et les entretiens avec les pères n'ont pas fait l'objet d'analyse dans la présente étude.

2. Explorer les perceptions de sages-femmes, oeuvrant en maison de naissance, à l'égard de leur pratique envers les hommes qui accompagnent les mères qui bénéficient de leurs services;
3. Explorer les perceptions de pères, dont la conjointe reçoit des services prénataux en maison de naissance, à l'égard de la pratique sage-femme envers les hommes.

### **Tâches des participantes<sup>14</sup>**

1. participer à un entretien, avec la chercheuse principale, d'une durée de 60 à 90 minutes. L'entretien porte sur l'expérience personnelle et la pratique sage-femme, lors du suivi pré, per et postnatal et se déroule à la maison de naissance et particulièrement à l'égard des pères.
  - i. dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire d'effectuer un second entretien pour compléter l'information recueillie : le cas échéant, les participantes sont contactées dans les trois semaines suivant la première rencontre;
  - ii. le tout est enregistré sur bande audio.
2. compléter quatre (4) questionnaires et les retourner, sous enveloppe pré-affranchie, à l'UQTR. La durée prévue pour compléter ces questionnaires est d'environ 40 minutes.
  - Renseignements généraux, renseignement sur la formation des sages-femmes
  - Questionnaires sur les pratiques d'aide envers les pères
3. participer à un focus groupe d'une durée de 90 à 120 minutes.
  - i. l'objectif est de valider, préciser et nuancer les interprétations basées sur les informations recueillies par l'entremise des entretiens, des questionnaires et des documents institutionnels;
  - ii. groupe animé par un des membres de l'équipe de recherche accompagné d'un assistant qui a comme rôle de prendre des notes.

### **Avantages et bénéfices**

1. permet de faire le point sur sa pratique sage-femme;
2. permet de partager son expérience à l'égard des pères;
3. permet de développer grâce à sa participation une compréhension et une représentation plus précise de sa pratique sage-femme envers les hommes;
4. permet de valider son expérience et de partager avec des pairs ses représentations de la pratique sage-femme envers les hommes.

### **Inconvénients et risques**

<sup>14</sup> Les tâches des sages-femmes ont été modifiées : elles ont complété seulement le formulaire de renseignements généraux et il n'y a pas eu de focus groupe



Bien que cette étude ne comporte vraisemblablement pas d'inconvénient ou de risque pour l'intégrité de la participante, il se peut que celle-ci puisse éprouver un inconfort passager dû au fait que l'entretien et les questionnaires sont centrés sur sa pratique professionnelle.

### **Durée de la participation à l'étude**

La participation à l'étude suppose un investissement initial direct d'une durée d'environ trois ou quatre heures (ex. : prise de contact téléphonique, rendez-vous, entretien, questionnaires) répartie sur une période de deux à quatre semaines.

La durée totale de l'étude (incluant les rencontres de groupes, l'analyse des données, l'interprétation des résultats) s'étale sur une période d'environ 18 mois.

### **Confidentialité des données recueillies**

Pendant la durée de l'étude, le matériel d'entrevue, les questionnaires et les données des dossiers institutionnels seront entreposés à l'UQTR dans un classeur et un local verrouillé. Les transcriptions d'entretiens sont dactylographiées, dénominalisés et un numéro d'identification sera substitué aux noms de chaque participant. Un numéro d'identification, correspondant aux transcriptions d'entretien, est assigné également aux données concernant les questionnaires et les copies et notes du dossier institutionnel. L'ensemble de ces données sera détruit cinq ans (2011) après la fin de l'étude.

### **Diffusion des résultats**

Les résultats de cette étude feront principalement l'objet d'une thèse de doctorat. Ils feront également l'objet de publications dans des revues scientifiques et professionnelles ainsi que des communications scientifiques et professionnelles dans des congrès ou des conférences. Une copie du résumé de la thèse est remise aux participantes.

### **Les responsabilités du participant**

La sage-femme participante s'engage à collaborer aux tâches associées à l'étude. Elle s'engage également à exprimer auprès des chercheurs/es toute question suscitée par sa participation.

La participante à cette étude accepte de ne recevoir aucune forme de compensation.

### **Participation et retrait**

La participation à cette étude est entièrement volontaire. La personne est, par conséquent, tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer. La personne est également libre, à

tout moment, de mettre fin à sa participation et ce, sans aucune forme de pression de la part des chercheur/es.

### **Conflits d'intérêts**

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheur/es ou de toute autre personne impliquée dans cette étude. Il est à noter que la chercheuse principale fait partie du personnel du baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR à titre de spécialiste en sciences de l'éducation. Cependant, cette étude n'est pas supervisée ni ne dépend de ce programme. Le personnel oeuvrant au baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR n'a pas accès aux données recueillies dans le cadre de cette étude.

### **Personnes ressources reliées à l'étude**

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude ou si vous voulez aviser de votre retrait, vous contactez la chercheuse principale ou le directeur de thèse :

Marleen Baker, candidate au Ph.D.

Téléphone : (819) 376-5011 poste 4069

Chercheuse principale

Courriel : Marleen\_Baker@uqtr.ca

Jean-Marie Miron, Ph.D.

Téléphone : (819) 376-5011 poste 3652

Directeur de thèse

Courriel : Jean-Marie\_Miron@uqtr.ca

### **Personne contact pour renseignement concernant toute question éthique**

Si des plaintes, des commentaires ou des questions sont à formuler concernant les droits en tant que participante d'une recherche vous pouvez vous référer à la personne suivante :

Fabiola Gagnon, agente de recherche

Téléphone : (819) 376-5011 poste 2136

Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

Courriel : Fabiola\_Gagnon@uqtr.ca

### Signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à propos de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal ou écrit. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends qu'on me remettra une copie signée du présent formulaire.

Je suis également informée qu'une demande d'accès au dossier institutionnel de la mère, conjointe du père participant, est formulée aux parents.

Je consens à participer à l'entretien relié à cette étude.

☐ **Oui**      ☐ **Non**

Je consens à compléter les questionnaires reliés à cette étude.

☐ **Oui**      ☐ **Non**

\_\_\_\_\_  
**Nom de la sage-femme participant à la recherche**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

Je consens à participer à la rencontre de groupe reliée à cette étude.

☐ **Oui**      ☐ **Non**

\_\_\_\_\_  
**Nom de la sage-femme participant à la recherche**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Les responsabilités des chercheurs/es**

Toute personne impliquée dans l'analyse des données aura signée un engagement de confidentialité répondant à la Politique de confidentialité du Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR.

---

**Marleen Baker**      **chercheure principale**

---

**Date**

*Appendice I*

**Formulaire de renseignements généraux**

*La pratique sage-femme : représentations que se font les sages-femmes  
et les pères de la pratique sage-femme à l'égard des hommes.*

**QUESTIONS GÉNÉRALES**  
**Formation des sages-femmes**

**IDENTIFICATION**

Votre nom : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

♦ *Nombre d'années de pratique sage-femme au 1 JUIN 2005 :*

\_\_\_\_\_

♦ **Lieu de votre formation initiale de sage-femme :**

☐ Autodidacte \_\_\_\_\_

☐ Québec \_\_\_\_\_

☐ Ontario \_\_\_\_\_

☐ International Pays \_\_\_\_\_

♦ **Date d'obtention de votre diplôme sage-femme :**

\_\_\_\_\_

Commentaires si besoin :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

♦ Dans quelle maison de naissance pratiquez-vous :

☐ aucune pour l'instant

☐ pratique actuelle \_\_\_\_\_  
depuis combien d'années \_\_\_\_\_

♦ Dans quel autre milieu avez vous exercé votre profession :

☐ domicile

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

☐ maison de naissance

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

☐ centre hospitalier

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

lieu \_\_\_\_\_ combien d'années \_\_\_\_\_

***Merci de votre collaboration !***

*Appendice J*

**Guide d'entretien pour les sages-femmes**



## La pratique sage-femme :

Représentations que se font les sages-femmes et les pères de la pratique sage-femme à l'égard des hommes

Entretien date : \_\_\_\_\_

**Description du projet de recherche**

Cette étude porte sur les représentations de la pratique sage-femme à l'égard des hommes en maison de naissance au Québec. Ces hommes accompagnent une mère dont le suivi périnatal est fait par une sage-femme. Le projet a pour but de contribuer au développement de la pratique sage-femme au Québec.

**Objectifs poursuivis**

1. Décrire la pratique sage-femme à l'égard des pères à partir de documents institutionnels (dossiers, dépliants, etc.);
2. Explorer les perceptions de sages-femmes, oeuvrant en maison de naissance, à l'égard de leur pratique envers les hommes qui accompagnent les mères qui bénéficient de leurs services;
3. Explorer les perceptions de pères, dont la conjointe reçoit des services prénataux en maison de naissance, à l'égard de la pratique sage-femme envers les hommes.

*Accueil*

- ✓ Remerciement pour la participation
- ✓ Déroulement Rencontre de 60 à 90 minutes
  - Prise de notes
  - Enregistrement / confidentialité
- ✓ Sous forme de conversation avec des thèmes, qu'est ce que tu as à me raconter
- ✓ Important de donner des exemples pour bien comprendre
- ✓ Répondre pour toi, ta perception, ta représentation

## **Thèmes**

- ✓ **Expérience de travail / années de pratique**
- ✓ **Contexte de vie personnel**
  
- ✓ **Qu'est ce que la pratique** sage-femme pour toi
- ✓ C'est quoi une sage-femme pour toi
- ✓ Comment peut-on la décrire
  - Caractéristiques
  - Particularités
  
- ✓ La **philosophie sage-femme** ça veut dire quoi pour toi

- ✓ **C'est quoi un père pour toi**
- ✓ **C'est quoi la présence des pères**
  - Qu'est ce qu'on peut dire des pères
  - Sont ils là, comment, quand, pourquoi

- ✓ **Quel est le rôle du père pour toi**
  - Le père en dit-il la même chose
  - Différent selon le suivi de grossesse ou l'accouchement ou le postnatal

- ✓ Quel est ton **rôle**, comment vois-tu ton rôle dans la famille / Comment le conçois-tu ce rôle, comment te perçois tu
  - Après de la mère
  - Auprès du père
  - Auprès de la famille
  
- ✓ Auprès du père, ce rôle amène **quel genre d'implication**
  - Qu'est-ce que tu fais ou ne fais pas
  
- ✓ A quoi la **portes-tu attention avec le père**
  - Comment cela se voit, comment le père arrive à décoder la SF, le comportement, l'attitude
  - Qu'est-ce que le père voit de toi
  
- ✓ Est-ce que vous aborder la **question du père en équipe SF**, en réunion, en révision par les paires

- ✓ En quels termes décrirais-tu ta **relation avec le père**
  - Points de repères pour qualifier ta relation
  - Qu'est ce que tu fais avec le père
  - C'est quoi une bonne relation, est ce important
  
- ✓ En quels termes décrirais-tu ta **relation avec la mère**
  - Points de repères pour qualifier ta relation
  - Même caractéristique que père
  
- ✓ Qu'est ce que **toi tu veux partager avec le père**
  - Quels thèmes le père aborde
  - Quels thèmes est-ce que toi tu abordes

- ✓ Y a-il des **notes au dossier**,
  - Quel genre de notes sont prises
  - Qu'est-ce qui est important de noter

- ✓ Quelles sont **les attentes du père** envers toi
  - quels besoins il exprime ou pas

- ✓ Quels sont tes **attentes** envers le père
  - Comment cela se passe
  - C'est quoi les choses importantes pour toi
  - A qui tu portes attention

- ✓ Comment se passe une **première consultation**
  - Les éléments importants en regard du père
  - Les éléments importants en regard de la mère
  
- ✓ Comment se passe l'accouchement
  
- ✓ Comment se passe la **dernière rencontre**
  - Les éléments importants en regard du père
  - Les éléments importants en regard de la mère

- ✓ A quoi fais-tu référence dans ton intervention avec les pères, quel est ton **cadre de référence, modèle**
  - Comment tu sais ce qu'il faut faire, être comme cela avec les pères
  - Quelles sont tes valeurs, tes principes, préjugés
  - Qu'est ce qui est essentiel
  - Il est fait de quoi ce modèle, de quels principes, idées
  - Sur quoi tu t'appuies pour faire ceci ou cela
  - Y a-t-il des lectures particulières
  
- ✓ Comment appliques-tu la **philosophie sage-femme avec les pères**



- ✓ Tu as été **préceptrice**. Dans cet encadrement, supervision, comment portes-tu attention à former la nouvelle sage-femme à la pratique envers les pères
  - Comment cela se traduit
  - Que dis-tu, que fais tu
  - Comment vous transférez vos valeurs
- ✓ Ou vous le serez un jour . . .
- ✓ Est-ce que la thématique du père a été abordée dans ta **formation initiale, continue**
  - Que retiens-tu
  - Est-ce important
  - Cela amène t-il une différence d'être formée sur ce plan, ce sujet, cet aspect des pères

**Y a-il des questions** ou des aspects qui n'ont pas été abordé et auquel tu aurais aimé répondre

**Si on ne retenait qu'une chose**, qu'aurais-tu à dire

**Qu'est-ce qui t'a motivé** à accepter de participer à la recherche